



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**ZARAGOZA**

**DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO Y LA  
RELACION CON SU COMPORTAMIENTO DENTRO  
DEL CONSULTORIO DENTAL.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a n :**

**MARIA NIEVES OLVERA NOVOA**

**VICTOR MANUEL GUERRERO BERMUDEZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Páginas
AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO	I
FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA	II
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	IV
OBJETIVOS	V
HIPOTESIS	VII
MATERIAL Y METODO	VIII
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NINO	9
I.1 Crecimiento y Desarrollo Infantil	10
I.1.1 Conceptos básicos y consideraciones clínicas.	10
I.2 Principios Generales del Desarrollo.	12
I.2.1 Conducta motriz.	15
I.2.2 Conducta adaptativa.	15
I.2.3 Conducta de lenguaje.	15
I.2.4 Conducta personal social.	16
I.3 Teorías del Desarrollo Infantil.	23
I.3.1 Teorías psicodinámicas.	23
I.3.2 Teorías del aprendizaje social.	34
I.3.3 Teorías biogénéticas.	35
I.4 La Naturaleza Multidimensional del Desarrollo Infantil.	36
I.4.1 Desarrollo físico.	37
I.4.2 Desarrollo social.	37
I.4.3 Desarrollo intelectual.	39
I.4.4 Desarrollo de la personalidad.	42

	Páginas
I.4.5 El papel del medio ambiente.	43
I.5 Los Ojos del Niño Visión de la Salud.	44
I.6 Evaluación Del Desarrollo del Niño.	46
<b>CAPITULO II: CONDUCTA Y PERSONALIDAD</b>	<b>49</b>
II.1 Clasificación de la Conducta Cooperativa Infantil.	50
II.2 Categorías de Conducta.	51
II.3 Formas de Conducta Cooperativa.	52
II.3.1 Cooperativo.	52
II.3.2 Carente de cooperación.	53
II.3.3 Conducta potencialmente cooperativa.	53
II.3.4 Conducta incontrolable.	53
II.3.5 Conducta desafiante.	54
II.3.6 Conducta tímida.	55
II.3.7 Conducta cooperativa tensa.	56
II.3.8 Conducta quejumbrosa.	57
<b>CAPITULO III: VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL</b>	<b>61</b>
III.1 Introducción.	61
III.2 Variables Mayores.	63
III.2.1 Influencia materna sobre la conducta del niño en el consultorio dental.	63
III.2.2 Influencia materna sobre el desarrollo de la personalidad.	63
III.2.3 Ansiedad materna.	71
III.2.4 Efecto de la presencia de la madre en el consultorio dental	75

	Páginas
III.2.5 Experiencias médicas.	76
III.3 Variables Menores.	78
III.3.1 Preparación del niño para el dentista.	78
III.3.2 Factores socioculturales.	78
III.3.3 Relaciones entre hermanos.	79
III.3.4 Comportamiento no cooperativo en la unidad familiar.	83
<b>CAPITULO IV: TERAPEUTICA NO FARMACOLOGICA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA</b>	<b>88</b>
IV.1 Comunicación con los niños.	90
IV.2 Lenguaje y Expresión.	92
IV.3 Psicología del Aprendizaje.	97
IV.3.1 Motivación.	97
IV.3.2 Reforzamiento.	97
IV.3.3 Generalización.	97
IV.3.4 Discriminación y Extinción.	98
IV.3.5 Modificación de Conducta.	98
IV.4 Análisis Conductual Aplicado.	98
IV.4.1 Estímulos discriminativos.	99
IV.4.2 Conducta o Respuesta.	99
IV.4.3 Estímulo Consecuencia de la Conducta.	101
IV.5 Tratamiento Conductual.	101
IV.5.1 Conductas Precurrentes.	102
IV.6 Técnicas de Intervención o Tratamiento.	102
IV.6.1 Imitación o Modelamiento.	103
IV.6.2 Reforzamiento Positivo.	103
IV.6.3 Reforzamiento Positivo Continuo.	104
IV.6.4 Reforzamiento Positivo Intermitente.	104

	Páginas
IV.6.5 Desensibilización.	105
IV.6.6 Extinción o Ignorar.	107
IV.6.7 Reforzamiento Negativo.	107
IV.6.8 Castigo.	108
IV.6.9 Tiempo Fuera o Aislamiento.	109
IV.7 Técnicas básicas para el Manejo de la Conducta.	109
IV.7.1 Modelaje de la Conducta.	109
IV.7.2 Método Decir Mostrar Hacer.	110
IV.7.3 Perfeccionamiento.	114
IV.7.4 Control de Voz.	114
IV.7.5 Condicionamiento Aversivo o Restrictivo.	115
IV.7.6 Técnica de Mano Sobre Boca.	116
IV.7.7 Técnica de Mano Sobre Boca y Nariz.	118
<b>CAPITULO V: MANEJO FARMACOTERAPUEITICO DE LA CONDUCTA</b>	<b>125</b>
V.1 Observaciones.	125
V.2 Selección de Fármacos y Ruta de Administración.	126
V.2.1 Restricciones.	128
V.2.2 Administración Oral.	128
V.2.3 Administración Intramuscular.	129
V.3 Medicamentos Empleados con Mayor Frecuencia en Odontopediatría como Medicación Preoperatoria.	131
V.3.1 Hidroxizina.	131
V.3.2 Diazepam.	135
V.3.3 Prometazina.	138
V.3.4 Hidrato de Cloral.	140
V.3.5 Alfaprodina.	143
V.3.6 Meperidina.	145

	Páginas
V.4 Sedación en Niños Por Medio de Inhalación de Oxido Nitroso.	147
V.4.1 Analgesia y Anestesia.	150
V.4.2 Caracterfsticas del Oxido Nitroso.	152
V.4.3 Fisiología y Farmacología.	157
V.4.4 Técnica de Administración.	160
V.4.5 Complicaciones y Precauciones.	164
<b>CAPITULO VI: EL PACIENTE PEDIATRICO ESPECIAL</b>	<b>170</b>
VI.1 Introducción.	170
VI.2 El Niño Especial.	170
VI.2.1 Prácticas de Educación Infantil.	171
VI.2.2 Experiencia Médica Pasada.	172
VI.2.3 Desarrollo Social.	173
VI.2.4 Incapacidad Progresiva y Enfermedad Crónica.	174
VI.3 El Ambiente Familiar.	175
VI.4 Actitud de los Padres y Profesionistas.	177
VI.5 Manejo del Niño Especial.	179
VI.5.1 Condiciones Neuromusculares.	179
VI.5.1.1 Parálisis Cerebral.	179
VI.5.1.2 Distrofia Muscular.	186
VI.5.2 Retardo Mental.	187
VI.5.2.1 Síndrome de Down.	192
VI.5.3 Anormalidades en la Comunicación.	198
VI.5.3.1 Sordo.	198
VI.5.3.2 Ciego.	208
<b>RESULTADOS</b>	<b>213</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>221</b>

	Páginas
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	223
BIBLIOGRAFIA GENERAL	224



AREA ESPECIFICA DEL  
PROYECTO

Atención Primaria.

## FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Múltiples son las variables que influyen en el comportamiento del niño dentro del consultorio dental, enumerando algunas de ellas serfan:

- a) Edad del paciente.
- b) Si ha recibido alguna preparación previa a su primer cita con el -- dentista.
- c) Si acude a exámen oral o de urgencia.
- d) Si ha tenido experiencias médicas o dentales negativas.
- e) Si el dentista está capacitado o no para atender niños.
- f) La ansiedad materna va a tener repercusión directa en el buen o mal comportamiento del niño que acude a tratamiento estomatológico.
- g) El núcleo familiar del niño.

Todas estas variables se han revisado científicamente en los últimos - años, sin embargo, uno de los principales problemas del manejo del niño den- tro del consultorio dental, es la falta de conocimientos del dentista con -- respecto al desarrollo psicológico del niño y a su tipo de personalidad.

En base a esto, creemos que es fundamental y necesario entender cómo se lleva a cabo el desarrollo de la personalidad del niño, ya que esto va íntimamente relacionado para lograr una buena comunicación y entendimiento con el paciente infantil; ya que repercutirá de una manera directa para un buen manejo y un óptimo tratamiento.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La gran mayoría de Cirujanos Dentistas que atienden niños, conocen el desarrollo de la personalidad de éste y las diversas variables que van a influir en su desarrollo psicológico?

## O B J E T I V O S

### OBJETIVO GENERAL:

Describir las diferentes teorías del desarrollo de la personalidad del niño, así como las diferentes conductas y variables que influyen en el comportamiento de éste dentro del consultorio dental, para que de esta manera se establezca una adecuada técnica de manejo ya sea psicológica o farmacológica y poder tener éxito en el tratamiento oral de nuestro paciente infantil.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1) Enlistar las diferentes teorías y la naturaleza multidimensional -- del desarrollo psicológico del niño.

2) Describir los tipos de conducta y personalidad que puede presentar el paciente infantil dentro del consultorio dental.

3) Analizar las variables mayores y menores que influyen en el comportamiento del niño en el tratamiento dental.

4) Describir las bases psicológicas del manejo del paciente infantil, así como las diferentes técnicas que pueden ser aplicadas por el odontólogo

en el manejo de la conducta del niño.

5) Describir la vía de administración, farmacodinámia y complicaciones de los fármacos que se utilizan como premedicación para el manejo de la conducta.

6) Analizar y describir la personalidad, características físicas e intelectuales del paciente pediátrico especial.

## H I P O T E S I S

La mayoría de los dentistas que manejan niños, conocen las técnicas de modificación de conductas, sin embargo, pocos conocen el desarrollo psicológico de éstos.

## MATERIAL Y METODO

## MATERIAL:

## a) Recursos Humanos:

- Dos pasantes de la carrera de Odontología.
- Un asesor de tesis, que en esta ocasión será un Odontopediatra.

## b) Recursos Materiales:

- Cursos y Conferencias.
- Revistas y Artículos en Inglés, de 1969 a la fecha.
- Libros y Manuales de Odontopediatría.

## c) Recursos Financieros:

- Los necesarios para la recopilación de la bibliografía y la --  
concentración de la misma.

## METODO:

La realización del presente trabajo, se llevó a cabo mediante una investigación bibliográfica, tomándose en cuenta los siguientes criterios: Selección, organización, síntesis y análisis.



a) Criterios de Selección:

- 1.- Obtención de información de las siguientes fuentes:
  - Revistas científicas del campo Médico- Odontológico.
  - Libros de Psicología y Odontopediatría.
- 2.- Elección de referencias bibliográficas a partir de 1953 a la -- fecha en los idiomas Español e Inglés.
- 3.- Selección y concentración de la información referente a:
  - Desarrollo Psicológico del niño.
  - Conducta y personalidad.
  - Variables que influyen en la conducta del niño dentro del --- consultorio dental.
  - Terapéutica no farmacológica del manejo de la conducta.
  - Manejo farmacoterapéutico de la conducta.
  - El paciente pediátrico especial.

b) Criterios de Organización:

- 1.- Elaboración de un índice.

c) Criterios de Síntesis y Análisis:

- 1.- Elaboración de fichas de trabajo.
- 2.- Contrastación de la información obtenida de cada autor vertida en las fichas de trabajo y discusión de las mismas
- 3.- Elaboración de objetivos generales y específicos, planteamiento de una hipótesis y el desarrollo del trabajo; llegando así a -- las conclusiones y a la comprobación de la hipótesis antes enun-  
ciada.

# **INTRODUCCION**

## I N T R O D U C C I O N

Al observar a un niño, debemos reflexionar: El tuvo una pre-existencia antes de que su madre lo concibiera. El era la muñeca que su madre alimentó vistió y castigó cuando tenía 4 años de edad. El existió como el hijo del niño que jugaba a ser el esposo, cuando jugaban a la casita. Por lo tanto, las fantasmas y fricciones del pasado se convierten en realidades del presente. Entonces, renacen las experiencias de haber sido padres. Ahora en la vida adulta, el renacimiento continúa con modificaciones basadas en los hechos de que los padres no son compañeros de juegos y de que el niño es real.

Durante la etapa escolar, los intereses de los futuros padres cambian hacia los estudios, deportes y actividades de grupo. Con las revelaciones de la adolescencia, las fantasmas domésticas preescolares cambiaron e iban dirigidas hacia el cuerpo humano. Los deseos y tendencias de la adolescencia madura, se ramificaban y terminaban en la unión, procreación y formación de una familia, reencarnando completamente la conducta de tiempos pasados.

El niño, la culminación de este largo proceso, es nuestro paciente. El pasado que lo hizo a él y que nos hizo a nosotros, tendrán un enfrentamiento para bien o para mal, en el presente.

La ciencia nos dice que en el curso de la evolución, el bebé viene antes del adulto. La experiencia actual del individuo humano, es más parecida a los conceptos bíblicos; primero vinieron los padres. Algunos investigadores de las causas de conducta normal y anormal, desdeñan la anécdota o la consideran por observación personal como inválida. Ellos insisten en que sólo los experimentos controlados proporcionan conclusiones válidas. Generalizando, la mayoría de las personas son sanas; desde un punto de vista parti

cular, su paciente tiene una perspectiva que puede diferir de esta generalización, de la misma manera en que su vida es diferente y en que él es único entre todos, así como lo es su cara.

#### ASPECTO HISTORICO:

En 1842, Earl Anthony Ashley Cooper, trató de persuadir al parlamento para emitir una ley que prohibiera trabajar a los niños menores de 13 años en las minas de carbón. En 1762, Juan Jacobo Rousseau publicó "Emilio", un tratado de cómo educar a los niños desde su primer infancia en adelante.

En 1923, los niños que habían sido trabajadores esenciales de la familia, eran libres para ir a la escuela; y era tal el número de niños, que se necesitaron sesiones de medio día hasta que se construyeran nuevos salones de clases y se contrataran a más maestros. Más tarde vinieron los médicos escolares que examinaron a los niños y los enviaron a los médicos y a los dentistas en número tal que la pediatría y la odontopediatría se reconocieron como especialidades necesarias.

Por lo tanto, mucha gente trataba a los niños y aumentó el interés --- acerca del control de la conducta indeseable; este interés abarcó la comprensión de la vida mental del niño. Se estaba haciendo patente en las mentes de los adultos, que los niños no eran adultos en miniatura.

Algunos estudios y experiencias anteriores, habían formado la infraestructura de lo que sería conocido como las "Ciencias de la conducta". Un papel importante tuvo el "Análisis de una fobia en un niño de 5 años" de ---- Sigmund Freud, publicado en 1909.

En 1936, Anna Freud publicó "El ego y los mecanismos de defensa", donde describía los procesos mentales que usan los niños y los adolescentes para mantener la imagen de sí mismos intacta, alejando de la conciencia sus - instintos sexuales y agresivos. Cuando las defensas no trabajan, se mani\_\_\_\_\_

fiesta la angustia; cuando la angustia se vuelve intolerable, los síntomas se presentan en forma de fobias, obsesiones, depresión, padecimientos somáticos, inhibiciones y delincuencia. Cuando existe un alejamiento de la realidad como respuesta a la angustia, ocurre una forma severa de patología -- llamada psicosis. A inicios de 1940, Anna Freud, en "Niños sin familia" y - Rene Spitz, en "Hospitalismo", describieron las reacciones depresivas en niños separados de sus madres y la subsecuente restauración de un buen humor cuando la madre regresaba en un corto tiempo. Estas observaciones, junto -- con el comienzo del movimiento de gufa a menores, dió ímpetu al juzgado juvenil para que expresara que el medio ambiente es crítico en el desarrollo de la personalidad normal.

En 1950, Eric Erickson publicó "Niñez y Sociedad", en el cual él explica el proceso de desarrollo del niño en términos psicológicos y sociológicos, que eran más aceptables para el público en general. Él habló acerca de "confianza", "autonomía" e "iniciativa", correlacionando estas características sociales con la investidura psíquica del niño secuencialmente en su boca, ano y genitales como formuló Sigmund Freud en "Tres ensayos de la teoría de la sexualidad" (1905).

En las décadas de 1940 y 1950, Margaret Mahler, llevó a cabo estudios de madres y niños. Estos estudios desembocaron en la formulación de la teoría llamada "Separación-Individualización". Este es el proceso por el que - el niño, emergiendo de su estado normal autista o centrado en él mismo, de 3 a 5 meses, depende de su madre; empieza a actuar sin ella (aproximadamente cuando empieza a caminar) y desarrolla un sentimiento de autosuficiencia e individualidad cuando entra a la guardería. En esta época su complejo de Edipo está desarrollado. Las personas de la guardería deben percibir y ayudar al niño a completar la separación usando el complejo de Edipo en juegos.

Esta es la base del dicho popular que reza, "Jugar es el trabajo de los niños".

B. F. Skinner, es probablemente el más conocido de los conductistas -- que operó en base al estímulo-respuesta, la teoría en la cual las técnicas de modificación de conducta se basan en que la conducta se aprende y refuerza por el medio ambiente.

Jean Piaget, trabajando en Génova desde 1920, ha hecho importantes contribuciones para la comprensión del desarrollo del intelecto. En sus trabajos se puede aprender mucho acerca del desarrollo del lenguaje, conocimiento, percepción, movilidad y otros aspectos de la conducta observable que demuestran qué tan bien puede un niño desenvolverse en su mundo real.

A inicios de la década de 1950, el radiólogo John Caffey, empezó a publicar estudios de rayos X revelando que los padres estaban realmente mutilando y matando a sus hijos. No fué sino hasta 1960 que las leyes protegían a los que reportaban estos hechos, que se conoció abiertamente acerca del abuso de los niños. El abuso de los niños fué y es endémico. Ya que las leyes se aplican sólo en agresión física, tenemos aún que hacerlas extensivas hacia el abuso psicológico y subrayar que está siendo perpetrado por los -- adultos contra los niños.

Probablemente una de las más populares teorías propagadas para explicar la causa de un funcionamiento deficiente en los niños, es llamada "Disfunción cerebral mínima". Aunque no fué el primero, el trabajo de Knobloch y Pasamanick, titulado "Síndrome de daño cerebral mínimo en la infancia" -- (1959), aumentó el interés que había resultado en este tópico reducido a -- las siglas DCM, siendo aplicado a millones de niños en nuestros días. La palabra "Daño" ha sido cambiada por "Disfunción" para referirse a la ausencia de signos neurológicos definitivos.

Cuando Frederick Douglas escapó de la esclavitud y se dirigió hacia el Norte para convertirse en una fuerza en el movimiento de abolición de la esclavitud, dijo: "La educación la obtendré del estudio; el conocimiento lo adquiriré de la experiencia". Los odontopediatras aprenden teoría de los libros y adquieren el conocimiento de la clínica. La meta en este momento es la teoría. Con un conocimiento verdadero los odontopediatras se manejarán a sí mismos con sus pacientes y a su vez ayudarán a sus pacientes a manejarse a sí mismos.

Es importante que el dentista sepa cómo crecen la mayoría de los niños. Es igualmente importante que no suponga que es del mismo modo para todos -- sus pacientes.

El curso del desarrollo normal no se efectúa simple y llanamente. Sólo el conocimiento de la vida entera de un niño nos puede ayudar a saber si la conducta difícil del niño es parte de una estructura de la personalidad --- anormal o sólo una desviación de su funcionamiento normal. El desarrollo -- normal será descrito con algunas de sus desviaciones y patologías. Nunca seguirá un orden cronológico. Los relojes y los calendarios fueron inventados por el hombre para ayudarnos a sincronizar nuestras actividades sociales, - porque nuestra vida interna está muy lejos de ser sincronizada.

#### EL CURSO DEL EMBARAZO:

No se puede ver pero la existencia del feto es manifiesta. El primer signo es que la madre ha suspendido la menstruación. Si las creencias morales no lo impiden, ella toma una decisión, a menudo con un gran conflicto, tener o no tener al bebé abortando. El bebé que no es deseado en la concepción, no necesariamente será indeseable en el nacimiento.

Los adultos deben tomar su tiempo para adoptar y luego para adaptarse a una nueva identidad; el ser madre y ser padre. Algunas veces un sentimien

to de culpa por no haber deseado al niño influencia la capacidad de esperar al niño y conformarse después.

Los padres planean el nacimiento del niño. Las mujeres solteras deciden si quedarse con el niño o regalarlo en adopción; el ser adoptado o huérfano serán factores importantes en el curso de su desarrollo.

Una idea que prevalece en la mente de los padres del niño en camino es que el bebé sea "normal". Su insistencia en "normal" sólo implica justificación. Esta necesidad está arraigada en el narcisismo, que es el amor a sí mismo, que hace que la gente quiera perpetuarse en primer lugar y que se sometan a la idea de educar a sus hijos en segundo lugar.

#### EL RECIEN NACIDO:

Algunas de las reacciones hacia la constitución del bebé recién nacido que tendrán influencia en los padres hacia el niño y que consecuentemente influirán en su desarrollo, incluyen las siguientes posibilidades.

- 1.- El niño será constitucionalmente normal y los padres:
  - a) Lo aceptarán y estarán preparados para amarlo.
  - b) Lo aceptarán pero se sentirán incapaces de satisfacer todas sus necesidades.
  - c) Lo rechazarán aún cuando sepan que es normal.
  - d) Lo rechazarán porque no es la clase de normalidad que ellos habían imaginado inconscientemente. Por ejemplo: El niño es normal pero diminuto.
- 2.- El niño será constitucionalmente normal, pero puede desarrollar algunos problemas inquietantes que pueden ceder como; dificultades en la respiración, cianosis leve, ictericia o un soplo funcional. La influencia de tales situaciones puede tomar varias direcciones:
  - a) Los padres pueden sentir alivio de que el niño está normal y --



tratarlo como tal.

- b) Los padres pueden creer que el niño está normal, pero retener -- una incertidumbre productora de angustia que puede resultar en -- una paternidad inconsistente.
- c) Los padres pueden creer que no se ha establecido la normalidad a pesar de la evidencia, y tratar al niño como si fuera "especial".

3.- El bebé tendrá una anormalidad constitucional real. Puede ser ciego, sordo o retardado mental (como en el síndrome de Down); puede tener parálisis cerebral, una deformidad cardíaca o de una extremidad. Los padres pueden reaccionar con:

- a) Pesar inicial por el niño normal perdido y finalmente la aceptación y determinación de ayudarlo a lograr su superación.
- b) Disgusto progresando a depresión con un sentimiento prevalente de culpa, (piensan que ellos le hicieron eso a su hijo) que resulta en la obstrucción del desarrollo infantil.
- c) Rechazo permanente hacia el niño resultando en una patología individual y familiar.

Existen algunas personas maduras que pueden ayudar a cualquier niño a pesar de su condición, para lograr su restablecimiento. Contrariamente, -- existen otros cuya psicopatología es tan severa que puede destruir cualquier logro alcanzado. La mayoría de los padres quedan entre estos dos extremos.

Una minoría de niños recién nacidos, incluyendo aquellos con defectos y deficiencias constitucionales, tienen mecanismos innatos para convertirse en personas sociales e individualmente funcionantes dentro del contexto del medio ambiente de un adulto que sea capaz de ayudarlos a lograrlo. El pequeño tiene un cerebro que está listo para percibir e interpretar estímulos --

que le llegan por los ojos, nariz, oídos, pies, cabeza, piel y boca. Este cerebro también está listo para mandar órdenes a las partes normales del cuerpo, para compensar las partes anormales. Aunque nace listo para utilizar bien algunas de sus facultades, el niño es absolutamente desválido y dependiente de los adultos que le proporcionen las oportunidades de hacerlo.

Anne Sullivan, enseñó a la sordomuda y ciega Helen Keller a usar la punta de sus dedos para conocer acerca del mundo. Ellas reflejan la importancia de un factor que no se encuentra en la teoría del desarrollo y es: la necesidad de otras personas además de los padres para influir en la conducta de los niños.

Uno puede mirar a un recién nacido y saber que la clase de mundo en el que va a vivir ya está establecido. El cambio siempre merodea a cualquier vida para hacerla cambiar su curso: los accidentes, las enfermedades, la muerte o una relación significativa con una persona, marcan una gran diferencia en el resultado del desarrollo. El dentista, puede ser uno de esos importantes factores.

Es de suma importancia tener en cuenta lo siguiente: "El afecto que se le da al niño es el componente primordial de su desarrollo".

CAPITULO I

*Desarrollo Psicológico del Niño*

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

### CONCEPTOS BASICOS Y CONSIDERACIONES CLINICAS:

El grado de efectividad clínica en el conjunto de necesidades dentales infantiles, está por supuesto íntimamente relacionada a la habilidad del odontólogo en el manejo del niño; a su vez, la habilidad en el manejo infantil, esta relacionada con el conocimiento del niño.

Desarrollo infantil no es sinónimo de psicología infantil. La psicología infantil, comprende el estudio de la personalidad del niño, incluyendo conductas patológicas y una rama de la psicología experimental en la cual el niño es el material usado para estudiar las leyes de la conducta. Por lo que se refiere a desarrollo infantil, éste involucra el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde la concepción hasta la adolescencia. Todos los seres vivos crecen y al mismo tiempo se desarrollan. (1).

Crecimiento y desarrollo implican un cambio constante, y juntos constituyen la característica de la materia viva.

El crecimiento y desarrollo son funciones que se realizan entrelazadas, no independientes una de la otra.

Desarrollo involucra mucho más que crecimiento. Crecimiento generalmente implica un incremento en tamaño; se define como el aumento de masa, o sea el aumento del tamaño corporal en su totalidad o en sus partes. Es también el resultado de la multiplicación de las células.

Desarrollo o maduración es la adquisición de funciones. Implica un desenvolvimiento secuencial, el cual quizá involucre cambios en tamaño, forma, función, número, textura, estructura o habilidad.

Como ya se ha dicho, los dos fenómenos están íntimamente ligados; en el caso del crecimiento se trata de cambios cuantitativos y en el caso del desarrollo de cambios cualitativos.

El crecimiento se mide en unidades de masa; kilogramo, o por las medidas del espacio que limitan el volúmen que esa masa ocupa: Talla, perímetro cefálico, anchura bicromal, bicrestal, etc. (22).

El desarrollo se puede evaluar por el estudio de funciones motrices como prehensión y marcha, control de esfínteres, adquisición de hábitos de limpieza, así como el lenguaje.

Todas las alteraciones que ocurren durante el proceso de evolución, -- desde un huevo fertilizado a un adulto humano, han sido consideradas parte del desarrollo.

El crecimiento físico se puede dividir en varias etapas bien conocidas:

Periodo Prenatal.- De 8 a 280 días; con sus 2 grandes subdivisiones:

Periodo embrionario.- Hasta la 9a semana.

Periodo fetal.- Hasta la 27ava semana.

Periodo Post-natal.- Con las siguientes etapas:

Lactante menor.- Hasta 1 año.

Lactante mayor.- De 1 a 3 años.

Preescolar.- De 3 a 6 años.

Escolar.- De 6 a 12 años.

Adolescente.- De 12 a 18 años. (22)

Hay factores que determinan el crecimiento y pueden ser de dos tipos:

Constitucionales.- Factores genéticos.

Ambientales.- Presencia o ausencia de enfermedad, factores socioeconómicos de la población, nutrición.

Estos factores repercuten en el crecimiento y desarrollo adecuados.

Hasta finalizar la adolescencia, el organismo no deja de crecer y desarrollarse en condiciones normales.

El crecimiento considerado como proceso evolutivo, es el conjunto de -

los procesos formativos de las estructuras y de las funciones biológicas -- del organismo. (22).

El principio científico del estudio del desarrollo infantil, fué el establecimiento de cambios en edades específicas, en el desarrollo normal de habilidades motoras y en el desenvolvimiento anormal de dichas habilidades.

Por años la búsqueda primaria de aquellos que se interesaban en el desarrollo infantil, fué determinar las marcas de desarrollo mayores, de manera tal que proporcionaran criterios para la evaluación del desarrollo infantil.

En la tabla 1.1 se ilustra una de las marcas clásicas en el desarrollo y sus rangos normales, desde la infancia hasta la adolescencia. El rango -- normal describe el periodo de tiempo en el cual una determinada habilidad -- aparece en un niño normal. (1)

#### PRINCIPIOS GENERALES DEL DESARROLLO:

El segundo periodo del crecimiento de la ciencia del desarrollo infantil involucra la deducción de principios generales basados en hechos del desarrollo normal.

Un principio básico puede ser elaborado a partir de los datos ofrecidos en la tabla 1.1. Esta tabla presenta dos secciones de información:

- 1.- La edad promedio en la que el niño adquiere una habilidad particular.
- 2.- El rango normal de edades en que la habilidad es adquirida (se considera rango normal cuando más del 80% de los niños adquieren habilidad).

Se puede observar que entre más temprana es la habilidad, el rango normal es más estrecho; por lo tanto es visto en este principio general que entre mayor es la edad, mayores son los rangos de normalidad.

T A B L A 1.1  
MARCA CLASICA EN EL DESARROLLO Y SUS RANGOS NORMALES.

PRUEBA DE DESARROLLO	EDAD PROMEDIO	RANGO NORMAL
Enfocar la mirada.	2 semanas.	1 - 4 semanas.
Rodar sobre el estómago.	3 semanas.	1 - 10 semanas.
Doblar el peso del nacimiento.	6 meses.	5 - 7 meses.
Rodar de la espalda al estómago.	7 meses.	5 1/2 - 11 meses.
Sentarse solo.	7 meses.	6 - 11 meses.
Pararse con ayuda.	10 meses.	7 1/2 - 11 meses.
Pararse solo.	13 1/2 meses.	9 - 18 meses.
Caminar solo.	14 meses.	10 - 20 meses.
Control del intestino.	18 meses.	1 - 2 1/2 años.
Primera menstruación.	12 años 9 meses.	10 - 17 años.

El desarrollo comienza con la concepción y procede mediante ordenada - sucesión, etapa por etapa, representando cada una de ellas un grado o nivel de madurez; no podemos medir el desarrollo con toda precisión porque no -- existe una edad de crecimiento. No se puede cuantificar el desarrollo, pero si se pueden especificar niveles y grados de desarrollo en términos de se\_ riación de madurez.

Es importante señalar que cada niño tiene su ritmo de crecimiento pro\_ pio, así como su magnitud de desarrollo.

Los principios generales tradicionales del desarrollo infantil en boga en los años 30'S y 40'S, fueron de diferentes tipos: En el primer tipo hubo principios que involucraban patrones fisiológicos de crecimiento. El segun\_ do tipo que se desarrollo más tarde, fueron descripciones de personalidades infantiles como una función de la edad.

Los principios representativos del crecimiento físico, fueron las gene\_ ralizaciones del desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal. El principio -- céfalo-caudal, establecía que el crecimiento fisiológico y la diferencia\_ ción funcional empezaba en la cabeza y progresaba hasta la porción más cau\_ dal del individuo. El principio próximo-distal refería algo similar; postu\_ laba que el desarrollo era de la línea media hacia las extremidades. Estos principios fisiológicos, reflejaron la necesidad de solicitar información - relacionada con el campo de la ciencia del desarrollo infantil. En el segun\_ do tipo, en los principios de descripción de la personalidad y de la prácti\_ ca de acumular normas de edad para el desarrollo fisiológico, los observado\_ res clínicos notaron que los niños de edades específicas no sólo mostraban adquisición de ciertas habilidades motoras, sino también ciertas caracterís\_ ticas personales.



Los desarrollistas infantiles de los años 30'S y 40'S (destaca el grupo Gesell en Yale), empezaron a hacer observaciones sistemáticas de niños - para determinar las características típicas de personalidad en determinadas edades cronológicas. Las observaciones sistemáticas hicieron posible el conocimiento descriptivo del niño. (1).

El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma en que se comporta. Comportamiento o conducta son términos que se aplican a todas sus reacciones; sean reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas.

Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona. A menudo, como el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia.

El pilar universal del desarrollo del niño, lo erige Arnold Gesell. El dice que el organismo humano es un complicado sistema de acción y un diagnóstico evolutivo adecuado requiere el examen de cuatro campos de conducta representativa de los diferentes aspectos de crecimiento, estos aspectos los estudia bajo cuatro rubros: (20, 27).

1.- CONDUCTA MOTRIZ.- Es debida a numerosas implicaciones neurológicas. La capacidad motriz del niño constituye el punto de partida en la estimación de su madurez, aquí se consideran grandes movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices: Reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, de asirlo y manejarlo.

2.- CONDUCTA ADAPTATIVA.- Nos permite el diagnóstico de las adaptaciones sensorio-motrices ante objetos y situaciones.

3.- CONDUCTA DE LENGUAJE.- Adquiere también formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño; se usa el término lenguaje en el sentido más amplio de la comunicación visible

y audible, sean gestos, movimientos posturales, llanto, vocalizaciones, palabras, frases, oraciones; además imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.

4.- CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL. - Comprende las reacciones personales del niño ante la conducta social del medio en el cual vive, estas reacciones -- son tan múltiples y variadas, que parecerán caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo, pero el moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento.

A grandes rasgos, las pautas de desarrollo de la conducta según Gesell son las siguientes:

- Recién Nacido.- 0 a 30 días.

Se estimula al niño por medios táctiles y auditivos.

- Lactante Menor.- 30 días a 12 meses.

- Lactante Mayor.- 12 a 36 meses.

Va afinando las fibras receptoras, recibe estímulos, todo lo capta. Al tercer mes tenemos la primera respuesta social. Siempre que el -- adulto se acerque a él y le sonría, el niño sonreirá. El niño adquiere el control de sus doce músculos oculo-motrices. Desde el punto de vista motor, a los 3 meses recarga su cuerpo sobre el pecho; de los 3 a los 4 meses, busca la línea media, empieza a ser más fuerte, recarga su cuerpo en el vientre, logra el gobierno de los músculos que sostienen la cabeza y mueve los brazos; es capaz de levantar su propio cuerpo y soportar el peso de su cabeza. Hace esfuerzos por alcanzar los objetos.

En la cabeza encontramos otro signo evolutivo, forma un ángulo -- recto con la espalda. El niño empieza a rodar apoyándose en los brazos.

- 5 meses:

Permanece sentado ayudado con cojines, los cuales desaparecen - a los 6 o 7 meses.

- 7 a 8 meses:

Consigue el dominio del tronco y las manos. Se sienta, agarra, transfiere y manipula objetos.

- 10 a 12 meses:

Extiende su dominio a piernas y pies, camina con ayuda, soporta el peso de su cuerpo. Hurga con el pulgar y el índice.

- Hasta 1 año:

Conducta Motriz.- Voltea, se sienta, gatea, se para, camina con apoyo, presión fina, es capaz de rodar y soltar una pelota.

Conducta Adaptativa.- Aprecia forma redonda, es capaz de colo\_\_car un cubo en un recipiente, de colocar un objeto sobre otro, de me\_\_ter una bolita en un frasco y entiende órdenes como dame y toma.

Lenguaje.- Vocaliza sonidos guturales, escucha, repite, llama - la atención con chillidos o tos, es capaz de decir 4 palabras.

Conducta Personal-Social.- Es el centro de la familia, repite - lo que se le festeja, tiene su propia identidad, es capaz de sentir miedo, cólera, afecto, celos, ansiedad, simpatía, le gusta la música tiene sentido del humor, empieza a alimentarse él solo ayudado con - los dedos, percibe emociones de los demás.

- 18 meses:

Conducta Motriz.- Se para sin ayuda, camina solo, es capaz de trepar una silla, sube escaleras con ayuda, baja los escalones sentado, po\_\_ne un cubo sobre otro, hace torre con tres objetos, arroja una pelo\_\_ta, pasar hojas de un libro (2-3), sentarse por sí mismo en una si\_\_lla.

Conducta Adaptativa.- Identifica tres dibujos, reconoce ojos, - nariz y boca; tiene intereses como mucho - más, pide uno por uno, dice gracias y adios.

Lenguaje.- Comunicaciones más frecuentes, dice 10 palabras, palabra con ademanes o en lugar de estos, responde órdenes simples, reconoce figuras que es capaz de nombrar.

Conducta Personal-Social.- Posesión personal, aplica correctamente mfo, tú, yo; juego espontáneo, independiente en el juego, hace mandados en casa, control de esfnteres incipiente, egocéntrico.

- 2 años:

Conducta Motriz.- Corre sin caerse, sube y baja escaleras solo, pateo pelotas grandes, hace torres de 6 a 7 cubos, vuelve hojas de - libros una por una.

Conducta Adaptativa.- Alinea tren, imita trazo y círculo, hace oraciones (dame leche), coloca las piezas adecuadamente en un tablero de formas, introduce el cubo en la caja de pruebas.

Lenguaje.- Oraciones de tres palabras, nombra tres o más figuras, reconoce 5 o más figuras, utiliza juicio negativo (no), realiza cuatro instrucciones con la pelota.

Conducta Personal-Social.- Adquiere control de vejiga y recto, control de esfnteres nocturno si se le levanta, verbaliza la necesidad de ir al baño, se quita ropa simple, se refiere a sí mismo por - su nombre, le gustan los juegos domésticos, adquiere un rudimentario sentido de identidad personal y de posesión.

- Etapa Pre-escolar: 3 a 5 años 11 meses.

- 3 años:

Conducta Motriz.- Alterna los pies al subir la escalera, salta

del último escalón, anda en triciclo, equilibrio en un pie, es capaz de meter 10 bolitas en un frasco en 30 seg.

Conducta Adaptativa.- Construye torre con 9 cubos, nombra su dibujo, copia círculo, imita cruz, dibuja un hombre incompleto, repite 3 dígitos.

Lenguaje.- Dice la acción en un libro, emplea el plural, aprende a escuchar, dice su sexo, contesta preguntas de comprensión, obedece dos mandatos proposicionales.

Conducta Personal-Social.- Se alimenta solo derramando un poco, se sirve de una jarra, se pone los zapatos, respeta turnos, sabe algunos versos, desabrocha botones.

- 4 años:

Conducta Motriz.- Baja escaleras alternando los pies, mete en un frasco 10 bolitas en 25 seg.

Lenguaje.- Nombra colores, formula innumerables preguntas, percibe analogías, obedece 4 preposiciones.

Conducta Personal-Social.- Se lava y se seca la cara, se cepilla los dientes, se viste y desviste con vigilancia, distingue parte anterior y posterior de la ropa, es muy hablantín, temores irracionales, tiende a fantasear, construye edificios con cubos, combina independencia-sociabilidad. es prácticamente independiente en la rutina de la vida hogareña.

- 5 años: Culminación de la etapa preescolar.

Conducta Motriz.- Brinca alternando los pies, se para en un pie por 8 seg., equilibrio en una barra de 6 cm., introduce 10 bolitas en un frasco en 20 seg.

Conducta Adaptativa.- Hace 2 escalones con cubos, dibuja un hom

bre completo, copia triángulo y rectángulo, cuenta 10 objetos correctamente.

Lenguaje.- Diferencia y nombra 3 monedas, hace comentarios descriptivos al observar figuras, responde a preguntas de comprensión, habla sin articulación infantil, puede narrar un cuento largo.

Conducta Personal-Social.- Se adapta fácilmente y es muy estable, se viste y desviste solo, pregunta el significado de varias palabras, se disfraza, empieza a dibujar letras, prefiere jugar con compañeros, manifiesta satisfacción por sus atavíos, independencia y capacidad de bastarse a sí mismo, brinda protección a menores, se muestra seguro y conformista de su pequeño mundo.

- 6 años:

Conducta Motriz.- Salta 30 cm. cayendo sobre las puntas de los pies, lanza la pelota, domina su cuerpo con los ojos cerrados.

Conducta Adaptativa.- Hace tres escalones con cubos, dibuja un hombre con cuello, manos y ropa; repite 4 dígitos completos, cuenta los dedos de una mano y el total de las dos, es capaz de restar y sumar hasta cinco.

Lenguaje.- Dominio de la comunicación por medio del lenguaje hablado.

Conducta Personal-Social.- Ata cordones, recita hasta 30 números cambios de carácter como agitación, arranques de gritos, resistencia; incapacidad para modular su conducta.

- 7 años:

Buen oyente, consolidación interna, respeto a sus propios sentimientos. Está en proceso de crecimiento, actividad mental privada, es más social, dócil en algunas ocasiones; empieza a desarrollar un sen

tido ético, presenta mayor inclinación por conocer gente.

- 8 años:

Es personal en sus reacciones (niño adulto), tendencia a valorar todo lo que sucede, agota pronto su energía, presenta modales sociales, tiene un universo más uniforme, se lleva bien fácilmente, -- cuenta con el apoyo de la gente, expansividad, saca conclusiones de contexto y su consecuencia.

- 9 años:

Transformación psicológica que apunta a su crecimiento, automotivación, capacidad de aplicar su mente a las cosas, presenta un -- aire preocupado, trabaja en sus actividades 2 o 3 horas, depende menos del apoyo ambiental, lleva a cabo tareas complicadas, tiene poder de autovaloración, es despreocupado en su arreglo, presenta una revaloración sexual y desarrollo de equidad.

- 10 años: Final de la infancia.

Diferencias sexuales establecidas.

Mujer más reposada, relaciones interpersonales, problemas familiares.

El hombre se muestra despreocupado aunque alerta, susceptible a la información social, dueño de sí mismo, consolida sus habilidades manuales, forma pandillas o clubs, es muy aficionado a contar chistes y secretos.

- 11 años:

Características sexuales secundarias.

Adiposidad pre-pubescente (caderas, tetillas).

Interés por la sexualidad; menstruación, reproducción, cópula, mayor interés por el sexo opuesto.

Calor, náuseas, dolor de cabeza, comerse las uñas, (características hipocondriacas).

Irrupción en el medio: Ruidoso, espontaneidad, amistoso, alegre.

Formas de afirmación de su personalidad.

Inquieto.

Investigador.

Discutidor.

Inestabilidad emocional.

Estados de ánimo variables.

Bien portado fuera de casa.

- 12 años: Plenitud de la Pubertad.

Características sexuales secundarias.

Chistes sexuales.

Avidez por información sexual.

Erección, masturbación.

Salud notable (ocasionales dolores de cabeza).

Amistoso.

Expansivo.

Dispuesto a colaborar.

Entusiasta.

Más razonable.

Más compañero.

Gran adelanto en pensamiento conceptual.

Razonabilidad.

Tolerancia.

Buen humor.

Interés por tareas que se ha impuesto.



### TEORIAS DEL DESARROLLO INFANTIL:

En los 70'S, tenemos la aparición de varias teorías del desarrollo infantil, ninguna ha recibido suficiente aceptación universal para merecer el título de teoría líder; más bien hay un grupo de teorías que están diseñadas para ofrecer principios explicatorios. Las teorías actuales pueden ser divididas en tres grandes grupos: (1) Teorías Psicodinámicas, (2) Teorías del aprendizaje social y (3) Teorías Biogenéticas.

**TEORIAS PSICODINAMICAS.-** Se originaron en la corriente psicoanalista. En esta corriente, el desarrollo infantil es visto a través de períodos secuenciales en los cuales la "psique" o mente o personalidad, crece desde un nivel infantil hasta un nivel adulto, en el cual, la agresividad básica sexual y necesidades emocionales han madurado de una manera no patológica. Sucesos que causan fijaciones en estadios pasados o regresiones a estadios anteriores, producen una psicopatología que va desde mal interpretaciones de la realidad, neurosis (la cual va acompañada de ansiedad) o alteraciones del carácter (patrones de conducta social o antisocial). El concepto central dentro de las teorías psicodinámicas neo-freudianas es el "ego" (el yo). (1, 8)

Los primeros tres años:

**Fase oral.-** El primer año es llamado fase oral dentro del desarrollo psicosexual, porque la mayor fuente de placer del niño es llevarse algo a la boca. La madre es la más importante, pero no debe ser la única fuente de gratificación oral y frustración. El primer cariño importante es aquella persona que aleja el dolor proporcionando comida y la percepción concomitante de amor. (8)

La sonrisa es el primer signo social que el bebé demuestra. La sonrisa activa que ocurre generalmente después de 4 a 8 semanas, es una respuesta

imitativa, aprendida de las personas que le han sonreído muchas veces. ---  
También representa la primera indicación de que el niño está consciente ---  
de que existe y de que existen otras personas.

Cuando el niño descubre otros signos de necesidad del medio ambiente -  
se da cuenta de su incapacidad de satisfacer sus propias necesidades. En -  
un programa de mutualismo, el niño crea una relación simbiótica con quien -  
está a cargo de él; quien a su vez se siente más orgulloso de que el bebé -  
lo necesite. A los 6 meses, esta relación será absoluta; a menos que - - -  
exista un obstáculo. Generalmente este obstáculo está representado por -  
el padre, cuya intrusión en la relación del niño con su madre causa an-  
siedad, a menos de que el padre demuestre que él también se hará cargo -  
del niño. El trauma en el desarrollo de la personalidad, ocurre cuando -  
se pierde la única persona que se hacía cargo de él.

El padre y otras personas, también proporcionan estímulos para todas  
las modalidades que aprenden del medio ambiente. De ellos el bebé aprende  
de que sus primitivos "gu" y "da", pueden ser cambiados por palabras que  
proporcionan más resultados que sus signos no verbales.

De los 10 a 12 meses, si el bebé no ha sido limitado con aparatos -  
como corrales o sillas para sostenerlo, habrá establecido una motilidad -  
útil. Gateando y caminando, él puede obtener algunas cosas que quiere y  
puede explorar lugares y cosas sin depender de su madre para que lo colo-  
que en otra posición o situación. Ahora empieza a desenvolverse sin ella.

El proceso de ir y regresar a ella es llamado "aproximación". Esta es -  
la fase media de la teoría de separación-individualización de Margaret --  
Mahler, la fase inicial es el establecimiento de la simbiosis; la fase fi-  
nal es el establecimiento de un sentido de individualidad que ocurre cuan-  
do el niño se siente seguro de que él puede funcionar por sí mismo en algu-

nas situaciones y con la ayuda de gente conocida en otras. Para entonces, también ha adquirido el sentido de la constancia de los objetos que Anna -- Freud ha descrito como una certeza de que los padres existen aún cuando no estén presentes y de que regresarán en un corto periodo de tiempo. Eric -- Erickson diría que el bebé ha establecido un sentido de confianza básica -- en sí mismo y en otros para que lo traten bien. Todos estos conceptos son importantes para el dentista que quiere que un niño pequeño se porte bien - y confie en él aún sin la presencia de la madre.

Desde el nacimiento, conforme vá respondiendo al mundo en el que vive, la mente del niño se vá estructurando progresivamente. Al principio él -- conoce sus propios deseos y demanda satisfacción para ellos; Este deseo, -- área exigente de la vida mental es considerada como una estructura mental - llamada "Id". Conforme el niño descubre el desagrado del mundo de compla\_\_ cer sus deseos, y una mayor aceptación de él cuando espera, la estructura - mental más importante se empieza a formar; se llama "Ego". La fuerza o -- debilidad de esta estructura determinará que también viva con sí mismo y -- funcione en el medio ambiente. Más tarde vendrá una estructura llamada --- "Superego".

Fase Anal.- Alguna vez, en el segundo año cuando alimentarse no es la actividad más importante, la madre empieza a entrenarlo para ir al baño. -- El niño se dá cuenta de su poder de decidir si deposita sus excretas en un lugar designado por su madre, o si continúa haciendolo en los pantalones. - En el curso del desarrollo psicosexual, este periodo es llamado la fase -- anal porque el interés se concentra en el ano y las ideas que resultan de - conflictos en su control predominan en la evaluación de sus habilidades --- corporales y en el amor de su madre. Eventualmente todas las ideas que --- están simbolizadas por la dicotomía si-no, parten de este periodo. (8)

"Si" contra "no" de la madre equivale a amor contra odio. Para algunas madres, el deseo de independencia y autonomía del niño se percibe como falta de amor hacia ella. El niño se carga de ansiedad cuando se da cuenta que sus intentos por la autonomía, producen desagrado en su madre.

La madre dice, "es rebelde", sin darse cuenta de que la rebeldía es doble. Ella obstinadamente dice "tu debes" y él de la misma forma dice, "no lo haré".

La ansiedad en este período, aumenta las reacciones que más tarde contribuirán en la formación de un carácter que es o muy oposicional o rígidamente unilateral. La persona unilateral puede ser perfeccionista o flojo, extremadamente agresiva o extremadamente pasiva. El niño oposicional no se lavará los dientes sólo porque sus padres quieren que lo haga. El niño rígidamente limpio puede obsesionarse con lavarse las manos y los dientes.

Algunas veces cuando un niño se enfrenta con los riesgos del período anal y el de separación mientras se siente como mezclado en el período oral o dependiente, reacciona a su frustración con agresión oral. El morde rá a la gente que lo frustra o se introduce en la relación que sostiene con sus padres. Cuando el niño percibe que su conducta agresiva provoca respuestas punitivas en lugar de gratificaciones, puede morderse, pegarse o torturar a una mascota.

Al final del primer año, puede expresar sus necesidades en frases y palabras simples. El proceso de escuchar palabras y percibir las como símbolos con significado concreto y luego abstraer significados que no son pronunciados en el contexto de las relaciones interpersonales, es un trabajo gigantesco.

El paso final en el aprendizaje de un lenguaje inicial, ocurre cuando el niño puede contestar con afirmaciones adecuadas a otra persona en una

interacción llamada conversación. La conversación requiere que un individuo se estime y estime a su correspondiente. La persona narcisista habla en un monólogo esperando ser escuchado y no escuchar. La autoestimación de un niño es disminuída cuando siente que los adultos esperan que escuche, pero no le ponen atención a él. Antes de que se pueda expresar verbalmente, sus lágrimas, expresiones faciales y acciones hablan por él.

Percibiendo los sentimientos de los padres, actitudes y expectativas, el niño y la niña desarrollan un sentido de identidad sexual. El sabe que papá es un niño y mamá una niña, antes de que sepa que algunas partes específicas del cuerpo lo determinarán. Las palabras y la identidad algunas veces se mezclan. El niño que escucha "niño malo" o "niña mala", frecuentemente puede pensar que ser un niño o una niña, lo hace indeseable.

Los segundos tres años. La fase Edipo Genital:

A menos de que la psicopatología de un niño, sea muy evidentemente manifestada por su conducta, raramente es reconocida en los primeros tres años. (8)

La conducta agresiva o indisciplinada, es considerada como natural en "los terribles dos".

Debemos apreciar el hecho de que un niño que ha alcanzado la edad cronológica de tres años, no necesariamente está listo para enfrentarse con los conflictos psicosexuales, las situaciones sociales y de las labores en conjunto que están definidas como normales para esta edad. La labor psicosexual es experimentar y resolver el complejo de Edipo. La labor social es jugar y trabajar con compañeritos en la guardería. Y labor en conjunto, es incrementar las habilidades motoras y cognitivas en preparación para la escuela.

Ya que no necesita a su madre para alimentarlo o cambiarlo, la atención del niño se vuelca hacia sus genitales. Por algún tiempo, ha tenido un conocimiento superfluo acerca de las diferencias anatómicas entre un niño y una niña. Ahora él se vuelve más curioso y más emocionalmente involucrado acerca de las partes del cuerpo y sus funciones. El pequeño descubre que su pene no solo sirve para orinar; tiene erecciones que ocurren al desear penetrar a la mujer de su vida, su madre. Y la niña experimenta el deseo de ser penetrada por el hombre de su vida, su padre. Entonces ellos se masturban y fantasfan. La fantasfa y la realidad no son muy distinguibles ahora, por lo tanto los pequeños amantes están seguros de que sus padres lo saben. -- El niño quiere deshacerse de su padre, pero existe otro sentimiento; ama al hombre que juega con él, lo lleva al zoológico, lo enseña cómo hacer y le compra cosas. Entonces, él decide quedarse con su padre. Y él experimenta el deseo de castrarlo. Esto es seguido por la certeza de que su padre sabe y que lo castrará a él. Tiene pesadillas de raptores y monstruos; a menudo lo despiertan y regresan otra vez, el niño que ama y es amado por su padre, va hacia su cama para ser reconfortado. Cada día que pasa, él se va dando cuenta de las realidades de la vida. La madre no responde a sus adelantos.

El padre no desaparece como resultado de sus deseos, ni le hace el daño que él anticipa. El resuelve el conflicto decidiendo dejar a su madre e identificarse con su padre, convertirse en su socio en el dominio del hombre. Esperará a más tarde para encontrar un objeto para sus impulsos sexuales.

Básicamente el complejo de Edipo y las competencias de la niña, son -- las mismas que en el niño. Quiere deshacerse de su madre y casarse con su padre. Aunque es una gran fantasfa ser la esposa de papá y la madre de sus hijos, la realidad se impone por sí mismo. Por eso, después de sufrir pesa

dillas de brujas que vienen a comérsela, la pequeña decide cambiar su forma de ser a la apropiada y posponer la satisfacción de sus deseos sexuales para más tarde.

Durante la fase edípica, su preocupación por los genitales y sus propias rivalidades, junto con la percepción de los papeles diferentes de sus padres y las diferentes actitudes y expectativas de ellos, provoca en los niños fantasmas tremendas con respecto a tener o no tener pene.

Durante estos años, las otras facetas del desarrollo continúan su progreso. Sus funciones de conocimiento, percepción, habilidades motoras y lenguaje aumentan, refuerzan y contribuyen para infundir la creencia en la realidad de sus fantasmas, con la capacidad de distinguir entre la realidad y la fantasma. Aún el mejor grado de resolución de los conflictos nunca es -- absoluto y deja una infraestructura en el Ego. Esto es llamado el Superego; su formación es precursora de la compleja estructuración de la mente, esta estructura es el resultado de la identificación represiva con los padres -- ofendidos, que se esperaba lo castigarían por sus deseos diabólicos anteriores. El niño se identifica con su forma de pensar y de hacer las cosas. - Introyecta sus valores en el sentido de que cree en la corrección de lo que sus padres creen. Cuando él piensa o actúa contrariamente a estos valores, siente culpabilidad. Podemos llamar ansiedad al miedo prevalente del castigo. El miedo a la castración y a ser encarcelado encajan aquí. El temor - de perder el amor de las imágenes introyectadas de los padres, es llamada - ansiedad del superego.

Un complejo de Edipo resuelto razonablemente bien, hace a una persona no muy sujeta a verse afectada por cualquier tipo de ansiedad.

Seis a doce años; edad escolar:

Latencia. A los seis años la vía de desarrollo llamada normal, es muy-

amplia. Algunos niños son muy maduros y otros son apenas maduros. Algunos son inmaduros pero no reconocibles aún; otros son notablemente inmaduros.

Los niños normales, están preparados para dejar el hogar durante un largo día de trabajo. Son capaces de poner atención y aprender del maestro sin necesidad de que dirijan atención especial para ellos. Tienen suficiente destreza con las palabras e intereses en las actividades de la vida para querer aprender a leer; tienen una noción de la utilidad de aprender los números. Se autoestiman suficientemente como para creer que harán amigos entre los extraños de la clase. Pueden usar sus manos, pies, ojos y oídos para participar en juegos de grupo. Son capaces de tolerar frustración y ansiedad, están interesados en dirigir sus impulsos agresivos hacia vías socialmente aceptables, en lugar de peleas beligerantes o actividades sexuales premeditadas. Tratan de ser razonablemente pulcros y puntuales; obtener buenas calificaciones aunque estas a menudo son contrarias a las que ellos realmente hubieran querido. Siendo buenos en un mundo dominado por adultos, encuentran tiempo y formas para gratificarse a sí mismos. Están interesados en probar nuevas cosas y buscar amigos, generalmente hacen uno o dos amigos llamándose "los mejores". Sus vidas tienen 3 direcciones las cuales les dan satisfacción y un grado manejable de frustración; estas direcciones son el hogar, donde se sienten amados y necesitados por sus padres y hermanos; la escuela, donde se sienten competentes y el grupo de compañeros con los cuales se sienten aceptados e independientes. No se apeñan por el pasado y aún no se preocupan mucho por el futuro

Esto suena idílico; el periodo es llamado latencia porque debajo de toda esta calma, están representados los conflictos del pasado, esperando por un tiempo mientras las hormonas y el stress de la preparación para ser adultos los reviva. Debe ser una época relativamente fácil, relacionada a los-



primeros 6 años que ahora forman la mente inconsciente y relacionada a los próximos 6 años que pueden estar llenos de alboroto.

Las características generales de la vida de un niño de escuela primaria son cuatro:

1.- Tiene capacidad de tolerar la frustración: El no es más el príncipe en el pequeño reinado de su hogar, sino uno de tantos niños en una gran escuela. Debe saber que "no quiero" debe ser suplantado por "tendré que" y que "no puedo" debe ser reemplazado por "aprenderé". Para tener un lugar aceptable entre los compañeros debe aprender lo que es la cooperación y el compromiso. Para desenvolverse confortablemente como estudiante, él debe llenar los requerimientos de la escuela aunque no sean de su agrado. "Yo no quiero ir al dentista", acompañado por lágrimas y resistencia, ahora debe ser "tengo que ir al dentista", resignadamente.

2.- Tiene la habilidad de funcionar en presencia de ansiedad. La ansiedad será siempre parte de la vida. Desconociendo su capacidad de satisfacer sus propias necesidades o las de otros y desconociendo sus consecuencias, un niño no puede ayudar si experimenta angustia. Ese gran mundo de lo desconocido hace a cada niño vulnerable hasta que aumente su conocimiento y desplace las viejas creencias.

Ahora el niño puede experimentar ansiedad con una consulta dental pero afortunadamente, el recuerdo de buenas experiencias anteriores le harán ver que es posible cooperar.

3.- El posee una buena defensa de sublimación. Todos necesitan defensas contra peligros que sean autodestructivos o que destruyan a otros - El niño debe mantener sus impulsos sexuales y agresivos fuera de conciencia para que sus energías no sean consumidas en encontrar una salida para ellos y producir así la desaprobación de los adultos, compañeros y la ley.

La sublimación es una defensa maravillosa que permite que los impulsos sean gratificados de una manera socialmente aceptable. Una curiosidad global se manifiesta en la pregunta del niño "¿de dónde vienen los bebés?". La búsqueda activa del aprendizaje es una salida agresiva. También ambos impulsos son gratificados participando en la comunicación activa y juegos con -- amigos en quienes la intensidad de estos instintos es menor que con sus pa\_dres y hermanos y hacia los cuales la dicotomía de odio y amor ha sido fir\_memente establecida por la cercanía.

4.- Tiende a progresar al enfrentarse al stress, en lugar de darle la espalda. Con esta tendencia, por fuerza el niño se siente más fuerte des\_pués de pasar por una experiencia stresante, en vez de llorar o huir de -- ella. Para la mayoría de los niños los exámenes representan stress. El niño progresivo hace esfuerzos por mejorar sus destrezas y obtener otras. El ni\_ño regresivo es retraído y se rehusa a tratar nuevas cosas. Opera en base de que "es muy difícil".

El niño ha llegado al período de latencia o más simplemente, una parte afable del camino hacia ser adulto.

La teoría psicoanalista es la creencia de que la mayor parte de la ac\_tividad mental del individuo es inconsciente. El inconsciente consiste en - las experiencias reprimidas y profundamente olvidadas y sus emociones aso\_ciadadas con los años recientes. En el proceso de experimentar y sentir se es\_tructura la mente del niño. Estas estructuras son llamadas Id, Ego y Super\_ego. El Ego es el agente trabajador de la personalidad; es tanto inconscien\_te como consciente. El Id y el Superego son inconscientes. Al principio -- toda la mente del niño es Id; el Id representa "quiero", "no quiero". A -- partir de la frustración de sus demandas, el niño empieza a percibir que -- una persona es primariamente frustradora o gratificadora. Este es el princ\_i

pio de un Ego consciente. El conflicto y la ansiedad son experimentadas por el Ego y lo primero es escoger entre el placer representado por el Id y la realidad representada por los padres. La espera del castigo de los padres - es llamada ansiedad objetiva. La espera del desagrado de los padres sin castigo, es llamada ansiedad de pérdida de amor. Las prohibiciones y permisos de los padres especialmente aquellos asociados con los deseos de masturbación y los agresivos, forman el Superego.

Normalmente el Ego es capaz de mantener las facultades de la percepción, motilidad y otros instrumentos cognocitivos sin involucrarlos con conflictos infraestructurales y los conflictos del mundo externo. Debido a esto, Heinz Hartman ha llamado a estas funciones, la esfera libre de conflictos del Ego.

La ansiedad es en realidad una señal del Ego que puede resultar inútil y cuando pasa esto, es aniquilada. Para evitar este terrible sentimiento, - el Ego elabora defensas que hacen posible evitar darse cuenta del conflicto y por lo tanto protege a la persona de sentir angustia. La principal defensa es la negación del deseo y el conocimiento de la pérdida del amor del objeto primario (madre).

Otra defensa del niño es llamada identificación con el agresor. El pequeño temeroso de la castración cuando va al dentista, puede jugar al dentista, convirtiéndose así en el castrador en lugar de la víctima.

Una tercera defensa es la proyección. "Yo no lo hice, fué Snoopy". El niño que utiliza esta defensa realmente cree que no lo hizo.

En el periodo de latencia, la mayoría de los conflictos y ansiedades - operativos en los primeros 6 años son reprimidos. Todo mundo tiene una amenaza casi absoluta de esos años. La represión, por lo tanto es la defensa básica. Todas las otras excepto la sublimación, sirven para mantener a esta.

En este periodo, el niño usará todas las defensas que utiliza en su vida. -

Dentro de las defensas contra la ansiedad e impulsos sexuales mayormente utilizados están:

1.- Sublimación.- Esta es la defensa más saludable porque permite la satisfacción de los deseos en una forma socialmente aceptable. Las amistades no sexuales, intereses artísticos y deportes son ejemplos de esta.

2.- Formación de reacción.- Usando esta defensa, el individuo actúa opuestamente a los impulsos prohibidos. El niño que quiere ser sucio y ---cruel, puede convertirse en limpio y amable.

3.- Racionalización.- El individuo justifica sus pensamientos, sentimientos y acciones. Los padres pueden decir "todos los padres castigan a --sus hijos".

4.- Intelectualización.- Este es simplemente un uso más sofisticado de la racionalización. Un niño lee una enciclopedia, pero se salta las partes sexuales, con motivo de no sacarse bajas calificaciones en biología.

5.- Aislamiento.- Con este mecanismo, un individuo mantiene la emoción separada de la idea. Nosotros vemos esta acción representada en los días inmediatos posteriores a la muerte de una persona amada. Al principio uno piensa y habla acerca de la persona y la pérdida en términos objetivos.

Más tarde, los sentimientos de pérdida y angustia evocan la defensa del aislamiento.

6.- Desplazamiento.- El ejemplo clásico de esta defensa es el niño que se enoja con su madre y patea al gato.

En resumen, las teorías psicodinámicas del desarrollo infantil, proporcionan un grupo de conceptos tales como el Ego del niño (yo) y la libido (energía vital o sexual) que originan determinadas formas de conducta.(1)

TEORIAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL.- Están históricamente relacionadas a

la rama de la psicología que ha estudiado experimentalmente el aprendizaje, los psicólogos del aprendizaje proponen que esencialmente todas las conductas son aprendidas, así que ellos estudian que premios y castigos notables originan determinadas respuestas conductuales. Las teorías del aprendizaje social tienen ciertas similitudes con las teorías psicodinámicas; ellas también ven el desarrollo infantil a través de periodos secuenciales y ven cada estado como una especialización en determinadas habilidades. (1)

Sin embargo hay diferencias críticas entre estos dos tipos de teorías.

Mientras que la teoría psicodinámica ve la conducta infantil como una motivación para satisfacer necesidades instintivas o animales, la teoría del aprendizaje social, concibe que el niño está motivado por necesidades sociales tales como ganar el amor o aprobación de sus padres, y más tarde de él mismo.

Además, los postulados de la teoría del aprendizaje social enfatizan como la conducta es reforzada por recompensas o castigos provenientes del medio ambiente. Las diferencias fundamentales entre las dos teorías, son claras cuando se examina como proceden las diferentes teorías a corregir las conductas indeseables. La teoría psicodinámica utiliza la "psicoterapia", que en realidad es un conjunto de técnicas ideales para satisfacer necesidades inconscientes del niño de tal manera que este le proporcione al niño más recompensa y menos castigo y así el niño cambie su conducta problemática.

**TEORIAS BIOGENETICAS.**- En estas teorías el desarrollo es considerado como un desarrollo predeterminado de eventos biológicos. Los que apoyan esta teoría consideran que la eficiencia mental de cada persona, la personalidad, la función y estructura física, son básicamente independientes del medio ambiente. Se considera que sus conocimientos suficientes de las

predisposiciones genéticas y del estado somático permitieron predecir la -- conducta.

El control del desarrollo humano en las suposiciones de esta teoría in-- volucra manipulaciones genéticas o químico-fisiológicas. La teoría biogéné-- tica es tan fácilmente comprensible como las dos anteriormente discutidas. La mayor importancia y contribución de la teoría biogenética ha sido en el terreno neurológico, metabólico y fisiológico del desarrollo infantil. (1)

#### LA NATURALEZA MULTIDIMENSIONAL DEL DESARROLLO INFANTIL:

Indudablemente el más importante principio en cuanto al desarrollo, es que el desarrollo humano no es unitario. Esto significa que hay un número -- de aspectos relativamente importantes y que un solo aspecto no puede ser -- usado para valorar el desarrollo. De tal manera que un niño puede tener 6 -- años de edad cronológica y físicamente aparentar uno de 7 años; tener las -- habilidades intelectuales de un niño de 5 años y tener las habilidades so-- ciales normalmente comunes en un niño de 4 1/2 años. Así tan obvio como pa-- rece este principio, en muchas ocasiones es ignorado, tanto profesionales -- como no profesionales catalogan al niño frecuentemente con sencillas clasi-- ficaciones del desarrollo.

Los niveles de edad-habilidad es un término relacionado con el de mar-- cas de desarrollo previamente discutido.

Específicamente un nivel de "edad-habilidad" se refiere a la edad nor-- mal o promedio en la cual aparece una determinada habilidad. Es posible in-- vestigar cual es la edad normal a la que el niño adquiere determinada habi-- lidad. En el terreno en los cuales la mayoría de los niños andan en bicicle-- ta, se hacen el nudo de sus agujetas, silvan o patean un balón, son ejem-- plos específicos de habilidades físicas. De la misma manera, han sido esta-- blecidas determinadas normas para habilidades académicas, sociales y otras

que aparecen secuencialmente desde que el niño progresa de la infancia a la adolescencia.

Las dimensiones primarias del desarrollo infantil pueden ser reducidas a 4 áreas básicas que son: Desarrollo físico, social, intelectual y de la personalidad.

Una aprestación básica de estas áreas del desarrollo, proporciona una relación fundamental con la multidimensionalidad del desarrollo. (22)

**DESARROLLO FÍSICO.** - El área del desarrollo físico involucra cambios -- que ocurren con la edad en tamaño, fuerza y coordinación motora. Esto también incluye crecimiento y cambios funcionales en todos los sistemas del cuerpo, como el circulatorio, nervioso y digestivo; abreviando, el crecimiento físico total del niño desde el momento de la concepción hasta la madurez comprende un desarrollo físico. Así como el desarrollo físico de un niño es relativamente independiente de las otras áreas mayores del desarrollo, tales como el desarrollo social; subáreas que se encuentran dentro del desarrollo físico pueden ser relativamente independientes. Esto quiere decir que no se puede hacer un juicio exacto de la coordinación de un niño y mucho menos juzgar su fuerza por su salud mental. Sin embargo hay importantes correlaciones en el desarrollo físico. La salud dental puede reflejar la nutrición en general. (Garse y Lewis, 1965). (1). La edad dental de un niño en relación con su edad cronológica, se ha visto que nos orienta acerca de un desarrollo esquelético (Lanterstein, 1967). La medición clásica de la edad esquelética se hace con Rx de las muñecas. Las radiografías del área de la muñeca, evalúa el estado de los huesos carpianos.

**DESARROLLO SOCIAL.** - El hombre es un animal social. Tanto los filósofos como los psicólogos han estado largo tiempo teorizando acerca del proceso mediante el cual el hombre evoluciona desde el animal hedonista en la infan

cia, hasta el ciudadano culto y civilizado en la madurez. Un tratado teórico interesante y muy accesible de este tópico ha sido desarrollado por --- Tyler, 1964; quien ofrece una teoría del aprendizaje social, que describe - como el animal fisiológico humano llega a ser un ser social humano.

La socialización de un niño, involucra dos procesos distintos: Un proceso involucra el crecimiento del niño hacia su independización cultural para su supervivencia; los niños dependen de que otros les den alimento, ropa crianza y los protejan, cuando la habilidad de los niños para cuidarse por sí mismos crece, ellos ganan independencia social. Estos cambios desde una dependencia funcional a una autonomía funcional comprende un aspecto de la socialización. El segundo proceso de socialización involucra cambios en la naturaleza de las relaciones interpersonales del niño. Inicialmente el niño ignora amigos y su relación con los adultos, es sólo como un receptor.

De manera similar las relaciones interpersonales siguen una secuencia conocida. Las relaciones de juego del niño preescolar por ejemplo han sido divididas en los siguientes cinco estadios:

- 1) Juego solitario (no tienen amigos).
- 2) De observación (miran jugar a otros).
- 3) Juego paralelo (juegan junto con otros, pero no con otros).
- 4) Juego asociativo (juegan junto con otros, pero con mínima interacción).
- 5) Juego cooperativo (involucra proyectos que tiene que realizar con otros; desempeñar un papel o construir algo).

La importancia de los aspectos del desarrollo social en el funcionamiento integral en el individuo es fácilmente comprobado por el hecho de -- que la desviación de las normas sociales es usado para definir "enfermedad mental" en la mayoría de las culturas.



La tabla 1.2 proporciona un ejemplo de habilidades adquiridas a una -- edad específica en ambas áreas sociales. Cada una de las habilidades mencionadas en la tabla, sigue el orden secuencial de la evolución del desarrollo.

**DESARROLLO INTELECTUAL.**- De todos los aspectos del desarrollo infantil, ninguno ha sido tan precisamente medido o tan comprendido como el desarrollo intelectual. El trabajo básico de Alfred Binet para medir la edad -- mental del niño al final del siglo, proporcionó a la psicología con esta -- orientación básica teórica un sistema de medición. Dicho sistema es llamado Coeficiente Intelectual (CI).

Un número de pruebas que Binet consideró que podían ejemplificar las habilidades mayores mentales fueron sintetizadas; las pruebas examinaban memoria, relación espacial, razonamiento abstracto y una variedad de otras habilidades mentales primarias.

La escala del CI proporciona un método para expresar el grado exacto - de retardo o aceleración del niño. La fórmula básica usada para medir el CI fué:  $CI = \text{Edad mental} / \text{Edad cronológica} \times 100$ .

El CI es extremadamente útil cuando es usado por aquellos que conocen sus limitaciones y su uso apropiado. Así que la distribución de las escalas del CI y su significado sigue siendo importante para aquellos interesados - en el desarrollo intelectual del niño.

La tabla 1.3 ofrece una clasificación descriptiva general que es comúnmente asociada con los varios rangos del CI, así como los porcentajes aproximados de la población que entra a esos grupos. (1)

**Estabilidad del CI.**- El CI proporciona una medición mental eficiente en el momento del exámen médico que es muy útil como un reflejo del estado ffsico de la persona en el momento del exámen, pero que no garantiza la futura salud ffsica.

T A B L A 1.2

EJEMPLIFICACION DE HABILIDADES A EDADES ESPECIFICAS EN  
DOS AREAS DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. (1)

EDAD EN AÑOS	RELACIONES INTERPERSONALES	FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE
1 - 2 años	Señas de adios.	Puede tomar la mamila por sí mismo.
2 - 3 años	Trae algo cuando se le pide.	Se desabrocha un abrigo sin ayuda.
3 - 4 años	Se entiende con otros.	Cuida sus necesidades de ir al baño.
4 - 5 años	Sabe decir "gracias", "por favor" y "bienvenido".	Puede vestirse por sí solo.
5 - 6 años	Juega cooperativamente con sus amigos.	Es capaz de preperarse algunos alimentos.
6 - 7 años	Tiene un amigo secreto.	Se asea por sí mismo.
7 - 8 años	Entiende el concepto de votar.	Se puede arreglar y asear después del baño.
8 - 9 años	Sabe que Santa Claus no es real.	Selecciona su ropa casi todos días.
9 - 10 años	El niño prefiere amigos -- que a la familia.	Suficientemente responsable - para cuidar un animal.
10 - 11 años	El niño es participante de un grupo normal como los - scouts, equipo de deportes.	Ha obtenido dinero fuera de - casa.

T A B L A 1.3

## CLASIFICACION DEL COEFICIENTE INTELECTUAL. (1)

RANGO DEL CI	CLASIFICACION GENERAL	% DE POBLACION
Más de 140	Muy superior	.5
120 - 130	Superior	2.5
110 - 119	Alto promedio	14
90 - 109	Promedio	60
80 - 89	Bajo de promedio	12
70 - 79	Defectos límites	7
69 para abajo	Mentalmente retrasados	4

La información profesional señala que aunque el CI puede cambiar bajo situaciones especiales, permanece como una valiosa herramienta para medir - el grado de desarrollo infantil.

Conveniencia del CI.- Las pruebas de inteligencia no solamente son -- las fuentes de información acerca del crecimiento intelectual del niño. Una idea completamente diferente de ver las cosas emana del trabajo del psicólogo suizo Piaget. Sus libros han tenido un tremendo impacto en el comprendi\_ miento teórico del crecimiento intelectual del niño.

El criterio usado por Piaget es completamente diferente del usado por Binet y es extremadamente interesante. Piaget durante algún tiempo sirvió - como examinador recogiendo los valores normales para las pruebas de inteli\_ gencia de Binet, él llegó a estar en desacuerdo con los hallazgos que fué - recogiendo y al tratarse de contestar la interrogante de cómo el niño con\_ testaba correcta o incorrectamente una pregunta. La lógica, el pensamiento y la construcción de la realidad que se encontraba detrás de la respuesta - del niño, llegó a ser el punto focal de la investigación de Piaget en el de\_ sarrollo intelectual.

Piaget utilizó cientos de diferentes e ingeniosos experimentos, entre\_ vistas y técnicas de observación con los niños, para determinar y ordenar - los periodos del desarrollo intelectual. El trabajo de Piaget y sus seguido\_ res ha aportado la más expresiva investigación acerca de los estadios del - desarrollo intelectual en el niño.

#### DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:

Un punto de vista tradicional dice que la personalidad individual invo\_ lucra la suma de su desarrollo físico, social e intelectual. La concepción más común. es que la personalidad es algo más que la suma de estas partes - individuales, cada persona tiene un aspecto de sí mismo el cual integrado a

todos los aspectos separados de sí mismo, unifica y crea una nueva y crucial parte de su personalidad.

Las teorías modernas de personalidad han incorporado la idea del autoconcepto, ellos dicen que esta idea es la vista de la persona de sí mismo, como un punto central que sirve de pivote para la identidad de las personas. Un autoconcepto es recibido como la suma total de los aspectos que la persona domina.

Toda persona ha tenido anhelos, en cada adulto ésta lista es inmensamente grande y siempre trata de hacer el mayor esfuerzo posible para lograrlos. Hay tres características básicas acerca de los autoanhelos, el anhelo quizá pueda ser:

- 1) Real o irreal.
- 2) Muy importante o no importante para la autoestima.
- 3) Fácil o no fácilmente modificable.

Estas tres características del anhelo difieren para cada persona y son consideradas como la parte más sencilla o importante en el aspecto de la personalidad.

Un principio básico del desarrollo de la personalidad es que en la primera época las experiencias de una persona son extremadamente importantes en la impresión que causarán sobre su autoconcreencia. Este principio básico que atañe al poder de las experiencias iniciales y sus efectos sobre el autoconcepto, sirve para explicar porqué los niños a temprana edad son considerados por la teoría de la personalidad como individuos cruciales en el desarrollo de la personalidad, debido a que en edad temprana la gente experimenta muchas cosas por primera vez. (27)

**EL PAPEL DEL MEDIO AMBIENTE.** - El medio ambiente se encuentra involucrado en el desarrollo del ser humano y esto puede ser discutido solamente

como un factor independiente a un nivel teórico; cuando el feto al principio de su vida es totalmente dependiente de su medio ambiente, aunque después del nacimiento el medio ambiente no parece ser tan esencial como en la vida intrauterina. En el mundo infantil joven la parte más importante en el medio ambiente es proporcionado por la familia.

Los efectos que los avances tecnológicos y los cambios del medio ambiente social han ejercido en el desarrollo del niño, son por supuesto -- enormes. Sin tener idea de su magnitud debemos considerar una importante fase de la niñez que es la adolescencia.

El periodo de la adolescencia que es parte del proceso secuencial del crecimiento, contiene tres pruebas mayores de desarrollo:

- 1) El tener una dirección vocacional.
- 2) El desarrollo de la madurez sexual.
- 3) El establecimiento de una identidad individual.

Es el tercer punto el cual produce la conducta que la cultura ha llamado "adolescencia".

Los cambios del medio ambiente alteran drásticamente el desarrollo infantil. Es cierto que todos los cambios en el desarrollo infantil son función del rápido cambio del medio ambiente. (27)

#### LOS OJOS DEL NIÑO VISION DE LA SALUD:

Pearce (1972), postuló que el hombre crea su realidad acerca de su cuerpo a través de su estado mental, él hipotetiza que toda la gente de una manera general crea su estado de salud o enfermedad a través de sus creencias.

Vamos a considerar alguna información más específica acerca del pensamiento de los niños con respecto a los sucesos médicos, debe haber un claro entendimiento de que los niños difieren de un individuo a otro tanto como -

lo hacen los adultos, debido a que es muy útil estar consciente de estas diferencias, se debe considerar de gran valor en la entrevista con los pacientes, el conocer sus creencias al igual que cualquier otro aspecto de su estado físico para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento. Una vez que el clínico conoce como siente y piensa el paciente, se puede utilizar técnicas más adecuadas para la educación del paciente.

El desarrollo es en la actualidad multifacético y diversificado y cada niño de manera individual tiende a ser diferente a otro de su misma edad. - Por esta razón las creencias del niño acerca de su salud y enfermedad no -- pueden ser representadas a una edad determinada.

Las creencias de los niños pequeños típicamente consisten en una mezcla de magia, religión permitida y órdenes paternas. Los niños en los hospitales fueron entrevistados para determinar que es lo que ellos pensaban sería la causa de su enfermedad; ellos creían que su enfermedad era causada - porque ellos habían sido malos. Los niños se habían condicionado a sentirse culpables por la exploración sexual, higiene personal impropia o falta de - respeto.

Otro aspecto del pensamiento del niño que ciertamente afecta sus relaciones con los médicos, involucra un fenómeno de generalización para el niño que no tiene cierta experiencia en distinguir a la gente, una mala experiencia o una experiencia de dolor en un hospital o consultorio puede resultarle al niño horrible y recordará a alguien vestido de blanco y por consiguiente, todas las personas vestidas de blanco son frecuentemente percibidas como miembros de un horrible grupo.

Algo muy importante en la visión del niño, su cuerpo y su relación a los procedimientos médicos los podemos resumir de la siguiente manera: La - aportación más sencilla práctica y adaptable involucra a la conducta del --

niño en relación con la capacidad de los niños de eliminar sus creencias -- acerca de su enfermedad. Ninguna técnica tan sencilla es considerada tan -- útil en el diagnóstico y tratamiento, como la de saber manejar la conducta del niño a este respecto. (1)

#### EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO:

El concepto básico es que no hay una medida precisa que pueda informar acerca del estado del desarrollo infantil. Una escala de CI es un importan\_ te parámetro, quizá le diga que tan brillante es un niño, pero esto no brin\_ da información acerca de su nivel de madurez social.

Para subrayar este concepto diremos que: El desarrollo infantil es -- evaluado para determinar el nivel funcional en un número crucial en áreas - ya que el desarrollo no es único sino multidimensional. (27)



## B I B L I O G R A F I A

- 1 Alpern, Gerald D. "Child Development". Behavior Management in Dentistry for Children; W.B. Saunders Co Philadelphia, Chapter two; Pags 13 - 52 1975.
- 8 Freud, Sigmund. "Three Essays on the Theory of Sexuality". Hogart Press Londres 1953.
- 20 Parés V. Gustavo, Frago Antonio, Hoffmann Spencer, Rojas Ma. Eugenia, Rivera Beatris y Mendoza Eduardo. "Taller de Manejo de la Conducta del Niño dentro del Consultorio Dental". Instituto Nacional de Salud Mental Noviembre 1981.
- 22 Portilla M. Mario y Avalos L. José Luis. "Curso de actualización en -- Salud Escolar". Centro de Educación Para la Salud Escolar N° 6. Junio 1982.
- 27 Shawder, Keneth D. "Handbook of ClinicaI Pedodontics". The C. V. Mosby Company 1980.

**CAPITULO II**

***Conducta y Personalidad***

## CONDUCTA Y PERSONALIDAD

Conocer a una persona significa conocer su personalidad, así mismo, entender a una persona significa entender su personalidad.

La personalidad es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado, sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer. (33)

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente a su campo profesional. El dentista debe observar al paciente en su totalidad examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y como lo dice, su modo de vestir, aspecto personal, etc.

Existen diferentes tipos de personalidad, básicas e importantes que el clínico debe saber reconocer.

Es esta clase de conocimientos la que contribuye a facilitar la decisión de elegir las técnicas de manejo y tienen mayor posibilidad de obtener éxito en cada paciente.

No fué sino hasta los años 30'S que la profesión empezó a detallar en la reacción infantil a la odontología. Se suscito un interés inmediato por esta literatura que se habfa mantenido marginada y que está constantemente creciendo. Esta corriente tomó dos formas. Las primeras descripciones, estaban basadas en su mayor parte en observaciones clínicas y opiniones personales. En 1960 sin embargo, empezaron a aparecer investigaciones controladas por la literatura dental. En conjunto ambas podfan ser altamente informativas. Sin embargo, como resultado de los puntos de vista y diseños experimentales diferentes, la información algunas veces puede ser confusa o contradictoria.

La corriente que específicamente describió la conducta infantil en el consultorio dental, se centró al rededor de tres áreas principales. Estas incluyen: (1) clasificación de la conducta, que ubica las respuestas del paciente en relación con otro; (2) descripción de varias formas de comportamiento en los que había marcado un patrón negativo de conducta; (3) elaboración de factores que afectan la conducta en el ambiente dental.

#### CLASIFICACION DE LA CONDUCTA COOPERATIVA INFANTIL:

El conocimiento de estos sistemas puede ser una ventaja para el clínico en dos formas: Puede asistirlo en la evaluación de la validez de una investigación común y puede proporcionar medidas sistemáticas para el registro de la conducta del paciente.

Wilson (1933), agrupó cuatro clases de conducta: Normal o audaz, sumiso o tímido, histérico y rebelde. Durante el mismo año, Sands escribió que los niños eran de cinco tipos: Hipersensitivos o alertas, nerviosos, miedosos, físicamente incapaces y testarudo. Algunos de los sistemas de clasificación comúnmente usados en investigación científica han aumentado en complejidad. Croxton (1967) empleó diez categorías en la conducta infantil. Cuatro de estas mostraban aceptación positiva a las situaciones dentales, mientras que seis niveles estaban reservados para el rechazo o la resistencia. Sarnat et al. (1972) volvieron a los cinco grupos cuando ellos estudiaron los factores que influyen la cooperación infantil. Estos grupos fueron: Activamente cooperativo, pasivamente cooperativo, neutral o indiferente, opuesto y completamente incooperativo. Seis clases de conducta fueron usadas por Dicks (1974). El dividió sus grupos en tres positivos y tres negativos.

Uno de los mejores sistemas de clasificación de conducta fue introducido por Frankl. La escala divide la conducta en cuatro categorías, varian

do del definitivamente positivo al definitivamente negativo.

El método de clasificación de Frankl es el método comúnmente empleado para la evaluación de la conducta. Su popularidad como instrumento de investigación se ha originado de tres rasgos característicos: Primero, es funcional; esto se ha demostrado a través del uso repetido. Segundo, es cuantificable. Finalmente es confiable. De hecho, algunas investigaciones que usaron este instrumento, han demostrado que el nivel de aceptación es de 85% o más, un nivel de aceptación satisfactorio en este tipo de investigación. Estos son los criterios para un instrumento de medición que se necesitan hacer para que una investigación sea válida. (2, 33, 36)

El conocimiento del progreso del comportamiento de un niño durante una serie de citas o después de varios años, puede asistir en el manejo de la conducta. Proporciona una base para el planeamiento. Para realizar esto se puede reservar una columna separada en el expediente del paciente para el registro de la conducta. Esto facilita el conocer de la evolución del niño en un vistazo.

#### CATEGORIAS DE CONDUCTA:

GRADO I.- Definitivamente Negativo.- Se rehusa al tratamiento, llorando, forcejeando, miedoso o alguna otra clara evidencia de extremo negativismo.

GRADO II.- Negativo.- Renuente a aceptar el tratamiento, incooperativo, hosco, alguna evidencia de actitud negativa, pero no pronunciada.

GRADO III.- Positivo.- Acepta el tratamiento, a veces precavido, con buena voluntad de cooperar con el dentista, en ocasiones con reserva pero, sigue las instrucciones de este, cooperativo.

GRADO IV.- Definitivamente Positivo.- Buena armonía con el dentista, interesado en los procedimientos, risueño y disfruta de la situación.

Cuando se aplica los procedimientos de clasificación a la consulta privada, el propósito del sistema se debe mantener en la mente. Su propósito es mantener un registro de las acciones de un niño hacia el medio dental. Se pueden usar muchos métodos con este propósito. Otra vez la escala de Frankl puede ser usada. Es una gran ventaja que se pueda incluso escribir a mano. Aquellos niños que despliegan una conducta positiva cooperativa, pueden ser identificados con una cruz (X) o dos cruces (XX). Contrariamente el comportamiento no cooperativo se puede anotar (-) o (--).

Una desventaja de este método es que la escala no comunica suficiente información clínica de niños no cooperativos. Si un niño es juzgado (-) la escala no puede identificar el tipo de conducta negativa.

La técnica de manejo también puede ser registrada. Las siglas DMH pueden representar la técnica Decir-Mostrar-Hacer; INY (-), puede indicar que la conducta fué negativa en el momento de la inyección.

El desarrollo del hábito de sistematizar el registro de la conducta infantil en el expediente, necesita de un esfuerzo mínimo. Si el comportamiento de un niño es un factor integral en el planeamiento del tratamiento, anotar sus reacciones puede servir de un mayor apoyo.

#### FORMAS DE CONDUCTA COOPERATIVA:

La conducta de los niños puede observarse en muchas maneras. Sus formas de jugar son una forma de conducta, así como sus hábitos orales. Sin embargo, cuando un dentista examina a un paciente, él casi siempre valora el tipo de conducta cooperativa porque la clave para un buen tratamiento es la cooperación. La mayoría de los clínicos conscientemente o no, clasifican a los niños de tres formas: Cooperativo, carente de cooperación o potencialmente cooperativo. La clasificación es definible.

**COOPERATIVO.**- Los niños cooperativos son razonablemente calmados. Tie

nen mínimas aprensiones, pueden ser entusiastas. Se les pueden dar descripciones detalladas. Pueden ser informados directamente de lo que se les va a hacer con la técnica Decir-Mostrar-Hacer, (Addelston, 1959). (33)

Cuando los lineamientos de conducta han sido establecidos, ellos se comportan dentro de ese marco. Estos niños presentan un nivel razonable de cooperación que permite al dentista trabajar efectiva y eficientemente.

**CARENTE DE COOPERACION.**- Los niños muy pequeños, en que la comunicación no se puede establecer y la comprensión no se puede esperar por su edad, carecen de cooperación. Pueden significar un mayor problema.

Mc Donald (1969), se ha referido a que estos niños están en el grado precooperativo. Los refiere como un período temporal en su desarrollo. (33)

Un segundo grupo de niños no cooperativos son aquellos en condiciones específicas de debilidad o incapacidad. La severidad de sus condiciones prohíbe la cooperación. Algunas veces se emplean para ellos técnicas especiales de manejo. Mientras el tratamiento termina, no se pueden esperar cambios. Otros niños "especiales" están siendo atendidos en los consultorios dentales actualmente. La razón de esto es simplemente que las grandes instituciones para retardados mentales están siendo eliminadas paulatinamente.

**CONDUCTA POTENCIALMENTE COOPERATIVA.**- La nomenclatura aplicada al niño potencialmente cooperativo es, "conducta problema". El niño puede ser sano o incapacitado. Sin embargo, difiere de un niño carente de cooperación, puesto que tiene la capacidad de comportarse cooperativamente. Cuando se clasifican como potencialmente cooperativos, este juicio implica que la conducta del niño puede ser modificada; esto es que el niño se puede volver cooperativo.

**CONDUCTA INCONTROLABLE.**- (En paciente potencialmente cooperativo), en pacientes de 3 a 6 años de edad, en ocasión de su primera visita. La reac\_\_

ción en forma de rabieta, puede empezar en el área de recepción, o puede -- ocurrir cuando el niño entra al vestibulo. Brauer (1964), ha clasificado a esta conducta como "Incorregible". Está caracterizada por lágrimas, llanto a gritos, pataleo, etc. Todos sugieren un estado de angustia o miedo. Este estado causa que el niño regrese a una más infantil condición. (33)

Este tipo de conducta se observa sólo ocasionalmente en niños mayores. Los niños en edad escolar tienden a moldear su conducta según la de sus pa\_dres o hermanos mayores.

Este capítulo no fué diseñado para discutir las técnicas de manejo, pe-ro puede señalar que el dentista se puede enfrentar a tres retos cuando se presenta una conducta incontrolable. El niño debe ser alejado del área de -recepción tan pronto como sea posible. El efecto de su conducta puede ser -adverso para los otros niños en la misma área; reacción en cadena de conduc-ta negativa. Segundo, la conducta puede ser sumisa. Por el amueblado de la mayoría de los consultorios dentales, el niño debe ser controlado para pre-venir que se dañe físicamente. Estos niños son hiperemotivos. Finalmente un nexo de comunicación debe establecerse con el paciente. La mayoría de los -niños que pueden comprender la situación pueden controlar su conducta. Así el niño potencialmente cooperativo puede convertirse en un paciente cooperativo.

**CONDUCTA DESAFIANTE.**- Se puede presentar en niños de todas las edades, es más típica en niños en edad escolar. En cierto grado, la conducta desa\_ffante puede ser controlada. Se distingue por los gritos de "yo no quiero" o "yo no iré". Los niños que reaccionan de esta manera a menudo se compor\_tan similarmente en su hogar.

Los niños que exhiben esta conducta, han sido calificados como "obsti\_nados" o como consentidos (Lampshire, 1970). (33)



Una actitud firme a menudo cambia en conducta dramática, retando a la autoridad adulta, en este caso el dentista. El niño muestra un poco de coraje; con las técnicas adecuadas, este coraje puede ser usado para obtener -- una conducta recíproca. Una vez ganado esto, estos niños tienen el potencial de ser altamente cooperativos.

El desafío puede ser manifestado de otra manera también conocida como resistencia pasiva. La imagen de este niño es del que solamente se "hunde" en el sillón dental. El no responde verbalmente. Cuando el dentista intenta proceder resulta una falla por falta de comunicación; cuando se efectúa un examen intraoral, el paciente puede rehuir a la situación apretando los --- dientes.

La táctica de resistencia pasiva, se encuentra más a menudo en niños - llegando a la adolescencia. Estos niños tienen la libertad de expresar sus gustos y disgustos en casa.

Cuando ellos han sido traídos al consultorio sin su consentimiento, -- han sido forzados a pasar por una situación que ha violado su libertad.

Cuando son tratados como niños, su propia imagen se ve afectada y se - revelan.

Las situaciones de resistencia pasiva pueden ser problemas de conducta difíciles, se debe intentar entenderlos. Si ellos expresan un disgusto por la odontología, aceptar que no es del todo agradable.

Eventualmente, la conversación puede ser dirigida hacia otros tópicos. Una vez conversando, un enfoque maduro al problema del miedo dental se puede discutir.

**CONDUCTA TIMIDA.**- La timidez es una forma moderada de negativismo. Sin embargo, si estos niños son manejados incorrectamente, su conducta puede -- llegar a ser incontrolable. Quizá porque la timidez es una forma menos aguda

de negativismo, es más difícil de describir. Algunos niños se pueden esconder atrás del padre. Sin embargo ellos generalmente no ofrecen gran resistencia física cuando se procede a la separación. Algunos pueden obstinarse o titubear cuando se les dan instrucciones. Otros pueden lloriquear, pero - estos niños no lloran histéricamente. Ocasionalmente ellos se llevan las manos a los ojos para llorar, pero retienen las lágrimas. (33)

Pueden existir muchas razones para las reacciones de timidez. Un niño puede venir de un ambiente hogareño sobre-protector. Otro puede venir de un ambiente de un área rural aislada y tener poco contacto con extraños. Otros niños pueden estar atemorizados por un medio ambiente extraño.

Con respecto a la conducta tímida infantil en el consultorio dental, - Mc Donald (1969) acertadamente observó: "Este tipo de niños necesita ganar confianza en sí mismo y en el dentista". Debe ser cuidadosamente manejado - en su primera experiencia. Es un hecho generalmente aceptado que el desempeño es pobre en personas altamente ansiosas. Ellos no siempre escuchan o comprenden las instrucciones, por eso, el equipo de salud dental debe entender que los lineamientos que se les dan a menudo deben ser repetidos por su estado emocional.

CONDUCTA COOPERATIVA TENSA.- La conducta de algunos niños puede ser - juzgada como límite entre positiva y negativa. Típicamente, estos niños --- aceptan el tratamiento tal como se les proporciona. Ellos no exhiben violencia ni mala conducta física, pero no pueden ser clasificados como tímidos. Ellos son sin embargo, extremadamente tensos. (33)

El término cooperativo tenso, fué acuñado por Lampshire (1970), especficamente para este tipo de conducta. Algunos pacientes pueden seguir con los ojos los movimientos del dentista y sus asistentes. Se les puede escuchar un temblor en la voz cuando hablan, sus cuerpos incluso pueden vibrar.

Más a menudo, ellos sudan notablemente en la palma de la mano o frente. ---  
Ellos controlan sus emociones.

Estos niños son a menudo mal manejados, porque ellos aceptan el trata-  
miento y el médico ocupado o distraído no ve ningún problema. El resultado  
puede ser el desarrollo de una actitud que irá en detrimento de su futura -  
salud dental.

CONDUCTA QUEJUMBROSA.- En el pasado, algunos niños eran llamados "que-  
jumbres". Ellos podrían estar en alguno de los dos grupos mencionados de --  
conducta potencialmente cooperativa y sus quejas ser consideradas como una  
manifestación de sus reacciones. Sin embargo, desde que las quejas juegan -  
un papel principal en su forma de actuar, su conducta ha sido descrita como  
una entidad distinta. Los niños quejumbres permiten al dentista proceder, -  
pero las quejas durante todo el procedimiento pueden despertar molestia en  
el doctor. Se puede necesitar repetir la dosis de anestesia local pero fre-  
cuentemente se quejan de dolor. Se puede hipotetizar que su aprensión dismi-  
nuye su umbral de dolor. Sus continuas reacciones son una fuente de frustra-  
ción o irritación para aquellos involucrados en el tratamiento.

El niño quejumbroso es sin embargo, identificable. Su llanto no es par-  
ticularmente fuerte; es controlable. Los sonidos emitidos son constantes, a  
menudo acompañados de lágrimas, pueden ser exasperantes y se requiere de ---  
una gran paciencia al lidiar con ellos.

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los  
hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológi-  
cos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, -  
desde la concepción hasta el fin de la pubertad. En cada una de estas, exis-  
ten necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante.  
Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones,

en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como educadoras, padres, dentistas, médicos, etc., que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento.

"Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente, si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos".

## B I B L I O G R A F I A

- 2 Bailey, Philip M., Talbot Amy and Taylor, Paul P. "A Comparison of Ma\_\_  
ternal Anxiety Levels With Anxiety Levels Manifested in the Child Den\_\_  
tal Patient". Journal of Dentistry for Children. Pags 25 - 32. July-  
augost, 1973.
- 33 Wright, Gerald Z. Behavior Management in Dentistry for Children W. B.  
Sauders Co Philadelphia, Chapter Three; Pags 55 - 72 1975.
- 36 Wright, Gerald Z. and Alpern Gerald D. "Variables Influencing ----  
Children's Cooperative Behavior at the First Dental Visit". J. Dent -  
Child. Pags 60 - 64. March - April 1971.

**CAPITULO III**

***Variables que Influyen en la Conducta  
del Niño dentro del Consultorio Dental***

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO  
DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

INTRODUCCION:

¿Qué factores causan conducta negativa en los niños?

Desde que nosotros como profesionistas tratamos gente y no simplemente dentaduras, es importante que sepamos la respuesta a esta pregunta. Un niño ansioso o temeroso que anticipa una conducta desagradable, es más probable que la presente, comparado con un niño que tiene un bajo nivel de miedo o ansiedad. La ansiedad o el miedo afecta la conducta del niño y determina el éxito de la consulta. Pero ¿porqué su ansiedad?, ¿cuál es su miedo?; más aún ¿qué contribuye a ello?

Varias escuelas de psicología están de acuerdo en que la ansiedad, es una característica de la personalidad. La ansiedad describe un estado emocional de la personalidad. La Asociación Americana de Psiquiatría, definió ansiedad como una señal de peligro, sentida y concebida por la porción consciente de la personalidad. Está producida por una amenaza a la personalidad, con o sin estimulación de situaciones externas. Un diccionario de términos psicológicos (English and English, 1958), describió ansiedad como; un estado emocional desagradable en el que un deseo presente y continuo parece no poder llegar a realizarse; un sentimiento de amenaza especialmente de una amenaza aterradora, sin que la persona pueda decir algo a alguien. Recientemente la Asociación Americana de Psiquiatría (1964), definió ansiedad como: "Aprensión, tensión o intranquilidad caracterizada por la anticipación del peligro, pero la fuente productora no se conoce. Primariamente de origen intrapsíquico, a diferencia del miedo, pues la respuesta emocional es a una amenaza o peligro externo. La ansiedad y el miedo están acompañados por cambios psicológicos similares. Puede considerarse como patológica cuando in

terfiere con las actividades cotidianas en el logro de metas deseadas o satisfacciones". (33)

La esencia del problema para definir ansiedad para los investigadores dentales y aún para investigadores de otros campos, es parecido al miedo. La ansiedad y el miedo se definen con palabras. Para que una definición sea -- operacional y clínicamente aplicable debe ser definida con hechos.

Frecuentemente los términos carecen de definiciones operacionales. --- Mientras ha habido diferencias teóricas entre miedo y ansiedad, muchos es -- tán basados en el grado de estímulo y respuesta en situaciones determinadas. Si un niño ha tenido varias extracciones sin una anestésia profunda, enton -- ces una conducta incontrolable podría ser legítimamente atribuida al miedo. Este es un extremo. El opuesto es el niño tímido pero cooperativo a punto - de recibir su primera restauración. Su inquietud podría ser debida a la an -- gustia. Es cuando entra el área "gris" que el miedo y la ansiedad se vuel -- ven indistinguibles. Otra manera de analizar el miedo y la ansiedad es exa -- minando la fuente o estímulo. Considérese a un niño de 4 años de edad con - conducta incontrolable debida a miedo o ansiedad en la primera visita den -- tal. El nunca ha visto a un dentista previamente. Entonces, por algunas de -- finiciones, su conducta es debida a la ansiedad. Por otro lado, alguien en su casa pudo haberlo espantado con historias acerca del dentista. Estos su -- puestamente sería el estímulo para su negativismo.

La conducta infantil cooperativa es lo que se ve. Esto es a lo que los clínicos se enfrentan diariamente y no con dos conceptos intangibles que -- son fisiológicamente inseparables. La conducta cooperativa es la manifesta -- ción de algo.

Si un niño ha sido tratado previamente por un dentista, su experiencia con el dentista contribuirá a su futuro comportamiento. La experiencia pre --



via introduce un efecto contaminante a la investigación.

Una amplia gama de factores que han sido observados, contribuyen a la conducta cooperativa del niño en el medio ambiente dental. Estudios de la conducta cooperativa del niño hechos por tres investigadores, (Alpern, Jhonson y Wright) siguieron patrones similares. Sus diseños experimentales consistieron en seguir a los niños a través de sus experiencias mentales y registrar su conducta cooperativa en intervalos preestablecidos. La escala de registro usada fué diseñada por Frankl et al 1962. Las madres de los pacientes llevaron los cuestionarios en que se solicitaba la información acerca de los antecedentes del niño. De aquí que estos estudios específicamente han estudiado las variables que han sido divididas en dos grupos, mayores y menores. (33)

#### VARIABLES MAYORES:

##### - Influencia Materna Sobre la Conducta del Niño en el Consultorio Dental:

Las influencias maternas en el desarrollo mental, físico y emocional del niño empiezan antes del nacimiento. Es bien conocido que el estado nutricional de la madre así como su estado de salud pueden afectar el desarrollo emocional y somático del feto. El estado emocional de la madre también ha sido correlacionado con ciertos patrones de conducta postnatal del niño. Aunque el estado psicológico en sí no puede ser transmitido al feto, se cree que este puede ser influenciado por los cambios en el sistema neuro hormonal de la madre el cual se transmite a través de la placenta. (24)

##### - Influencia Materna Sobre el Desarrollo de la Personalidad:

Mientras que la conducta del niño puede influenciar la conducta de las madres, las investigaciones de la relación padre-hijo, generalmente ven al padre como la variable independiente y el niño como la variable depen

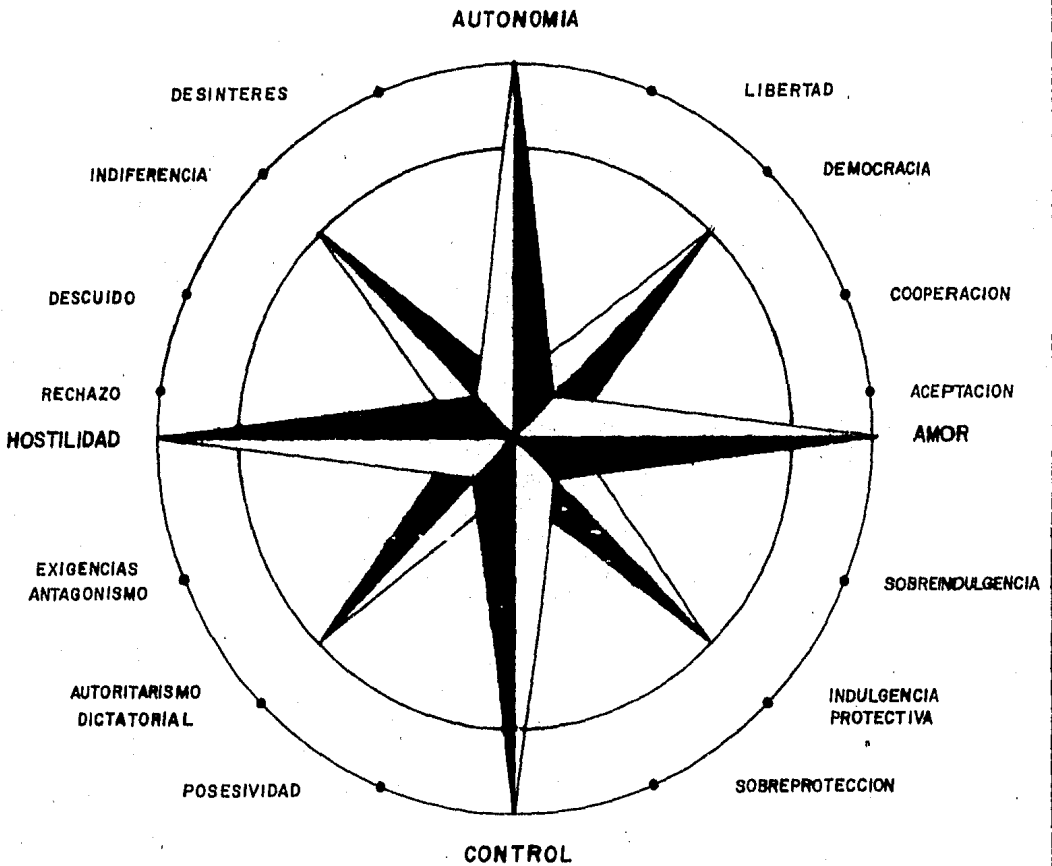
diente. Bell ha llamado esta relación "un lado" dado que las características paternas son vistas como una relación unilateral en el desarrollo del niño. De acuerdo a la teoría de "un lado", varias de las características de un niño, incluyendo su personalidad, conducta y reacciones a las situaciones de stress, son el producto directo de algunas características paternas y especialmente maternas. (24)

Bayley y Schaefer indicaron que la mayoría de las más importantes relaciones madre-hijo caen dentro de dos amplias categorías: Autonomía contra control y hostilidad contra amor. Las actitudes y conductas maternas han sido descritas y clasificadas en relación a esas dos categorías y Schaefer ha desarrollado un modelo (figura 3.1), en el cual las graduaciones de la conducta materna están ordenadas secuencialmente alrededor de los parámetros de autonomía contra control y hostilidad contra amor.

La conducta de las madres que participaron en el estudio de crecimiento de Berkeley Growth fueron clasificadas de acuerdo a las actitudes descritas en el modelo de Schaefer. Las conductas de las madres fueron entonces correlacionadas con las conductas de sus hijos. Aunque hubo algunas diferencias asociadas con las edades infantiles y otras variables, se encontró que las madres amorosas tendían a tener hijos felices y calmados mientras que las madres hostiles tenían hijos que eran irritables e infelices. En general las madres que permitieron autonomía y que expresaron afecto tuvieron hijos que eran amistosos, cooperativos y atentos. Contrariamente las madres castigadoras y que ignoraron a su hijo, no tuvieron hijos que exhibieran esta conducta positiva. Las aplicaciones dentales de los efectos de las actitudes maternas en el moldeaje de las personalidades de los niños, son que el niño amistoso y cooperativo probablemente desarrolle estas mismas características dentro del consultorio dental.

## FIGURA 3.1

### ACTITUDES MATERNAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONALIDADES DE LOS NIÑOS



ACTITUDES MATERNAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONALIDADES DE LOS NIÑOS. ( ADAPTADO POR BAYLEY Y SCHAEFER ).

- Efecto de las actitudes maternas:

Algunas de las actitudes maternas descritas en la figura 3.1, pueden afectar adversamente el desarrollo de la personalidad del niño y provocar - que el niño exhiba una conducta inapropiada en la situación dental. Algunas de las conductas asociadas con esas actitudes son descritas más adelante y están enlistadas en la tabla 3.1. Esas descripciones deben ser consideradas para representar estereotipos de patrones de conducta y no para identificar la conducta de un niño específico en una situación específica.

- Sobreprotección:

El sentimiento usual que las madres tienen por sus hijos es de amor y afecto. Esto es considerado como pre-requisito para la salud emocional -- del niño. Una exageración de esta actitud, llamada sobreprotección puede -- ser potencialmente dañina para el desarrollo normal del niño.

Es posible que varios factores proporcionen el estímulo para la so\_\_ breprotección materna. Una historia previa de abortos o un largo periodo de dificultad para la concepción, o mala condición económica pueden ser poten\_\_ tes factores. Un niño puede también ser sobreprotegido si otro hermano ha - muerto, o si la madre es consciente de que ya no puede tener otro hijo. Una seria enfermedad o una condición anormal en el niño puede también estimular la sobreprotección materna. Otra posible causa es la ausencia paterna ya -- sea por muerte o por divorcio.

Existen varios signos que pueden ayudar a identificar la sobreprotec\_\_ ción materna. La madre da excesivos cuidados al niño en términos de comida, vestido, aseo y estos cuidados van más allá de la edad normal. Ella está -- constantemente involucrandose en las actividades sociales diarias del niño y por lo tanto quizá no le permita tomar los riesgos ordinarios que impli\_\_ can el jugar por ejemplo. Ella se muestra frecuentemente preocupada acerca

T A B L A 3.1

## INTERACCIONES DE LA CONDUCTA MADRE-HIJO. (24)

CONDUCTA DE LA MADRE	CONDUCTA DEL NIÑO
Sobreprotectora	
Dominante	Sumiso, tímido, ansioso.
Sobreindulgente	Agresivo, exigente; alteraciones del temperamento.
Sobreindulgente	Agresivo, "consentido", exigente; alteraciones del temperamento.
Poco Afecto	Generalmente buena conducta pero incapaz para cooperar; tímido, puede llorar fácilmente.
Rechazo	Agresivo, hiperactivo, desobediente.
Autoritarismo	Evasivo y flojo.

de los problemas médicos o dentales de rutina.

La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño y tiende a "infantilizarlo". La conducta que el niño desarrolle depende de si la sobreprotección está acoplada a dominancia o a sobreindulgencia. La sobreprotección dominante está asociada con un niño sumiso; la sobreindulgente está asociada con un niño agresivo.

Los niños de madres sobreprotectoras dominantes exhiben una conducta extremadamente sumisa y tímida además de ansiedad. El niño sumiso generalmente será un paciente dental cooperativo, aunque el establecer una comunicación puede resultar difícil.

Los niños de madres sobreprotectoras sobreindulgentes, son agresivos y demandan y esperan constante atención y servicio. Negaciones de sus deseos puede producir berrinches o aspavientos físicos. Esta conducta genera un círculo vicioso, pues en tanto que la madre más accede, el niño más frecuentemente usará esta conducta para obtener sus demandas. Estos niños generalmente tienen dificultad para hacer amigos debido a su conducta. El niño agresivo generalmente exhibirá angustia en un medio nuevo o no familiar tal como el consultorio dental. Sin embargo, él puede esperar o demandar la atención del dentista. (24)

- Sobreindulgencia:

La sobreindulgencia puede estar asociada con sobreprotección o con la madre dominante. Los padres sobreindulgentes dan al niño lo que él quiere dentro de sus posibilidades económicas, incluyendo juguetes, dulces y ropa y generalmente restringen muy poco la conducta de sus hijos. Los parientes como los abuelos, frecuentemente también son sobreindulgentes.

El niño de un padre sobreindulgente es un niño "consentido" que está acostumbrado a hacer las cosas a su manera. Su desarrollo emocional está

detenido, manteniéndolo en la infancia, un estado de dependencia en el cual llorando o haciendo berrinches obtendrá la conducta que él desea de sus padres. Es incapaz de divertirse por sí mismo y trata de que los adultos lo rodeen para divertirlo. Estos niños al igual que los de madres sobreprotectoras querrán "hacer las cosas a su manera" en el consultorio dental, y pueden presentar ataques de coraje cuando ellos no pueden controlar la situación dental igual que las situaciones de casa. (24)

- Poco Afecto:

La disminución del afecto puede variar desde la mediana despreocupación, a la indiferencia y a la negligencia. El desafecto puede empezar desde el embarazo o puede desarrollarse en la infancia tardía. Una madre puede brindar menor apoyo emocional a su niño porque no va de acuerdo con sus intereses, con su empleo o simplemente porque es un niño no deseado.

El niño que experimente poco afecto materno, presenta buena conducta y parece estar bien adaptado. Sin embargo, tienden a ser inseguros en su capacidad para tomar decisiones. Dado que no han aprendido ni experimentado amor en su casa, un contacto emocional con ellos es difícil. Un dentista puede encontrar que lloran fácilmente, son tímidos y que están incapacitados a cooperar voluntariamente. Esos niños frecuentemente responden a un sustituto, como lo es un dentista o el ayudante del dentista, quien les da apoyo emocional y el afecto necesitado. (24)

- Rechazo:

Aceptación contra rechazo es una de las más importantes de las influencias familiares. El rechazo materno se puede originar en cualquier circunstancia en la cual el niño no es deseado. Por ejemplo el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio inestable e infeliz; o debido a que el nacimiento no fué previsto y la presencia del niño interfiere con la carrera

u otras ambiciones; o porque la madre es inestable e inmadura. El rechazo - generalmente es manifiesto. La conducta de la madre está caracterizada por olvido hacia el niño, severos castigos, regaños y resistencia a gastar dinero o tiempo en el niño.

Cuando el rechazo materno es manifiesto, el niño generalmente carece - de sentimientos de pertenencia o de dignidad. Puede mostrar mucha ansiedad o ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Generalmente recurrirá a cualquier conducta para llamar la atención, Esos niños por lo general serán pacientes difíciles que requerirán de una considerable modificación de conducta por parte del dentista.

Hay una creciente conciencia de que las actitudes paternas pueden ser hostiles e involucrar formas de abuso de violencia y descuido físico del niño. En su extremo esto puede llevar al "síndrome del niño maltratado". Tanto el abuso como el descuido pueden ser físicos y emocionales; los dos destruyen el desarrollo normal del niño. En estos casos, el papel del dentista deberá de ser obviamente por detrás del tratamiento dental del niño y deberá consistir en la concientización del problema del maltrato y un correcto reporte a las autoridades sociales o legales. (24)

#### - Autoritarismo:

El padre autoritario, elige técnicas para controlar la conducta de sus hijos que pueden ser llamadas "no con amor"; la disciplina frecuente toma forma de castigo físico o de ridiculización verbal. La madre autoritaria insistirá en que el niño se conforme a ella y se esforzará mucho porque el niño acate sólo esos lineamientos.

Interesantemente, la madre autoritaria es generalmente el producto de una educación autoritaria. La respuesta usual del niño al autoritarismo es la sumisión a ella; sin embargo, la sumisión está acoplada con el resentimiento



miento y la evasión. Mientras que el niño no desobedece directamente una orden, él ha obtenido una gran habilidad para evadir o delegar una respuesta. Una conducta evasiva y holgazana es característica del niño de la madre autoritaria. (24)

- Ansiedad Materna:

Varios estudios han tratado de elucidar la relación entre el medio -- ambiente del hogar y la conducta del niño en el consultorio dental. Es de -- importancia el reporte hecho por Shoben y Borland, quien buscó la causa de los temores dentales exhibidos en un grupo de pacientes seleccionados de -- una consulta dental privada. Ellos probaron la correlación entre varios te -- mores frecuentemente asociados con el miedo y los pacientes que tenían ac -- tualmente temores dentales. Factores tales como tolerancia disminuida al do -- lor, a traumatismos dentales o experiencias médicas, no pudieron ser corre -- lacionados con los temores de los pacientes. Sin embargo una correlación -- fué establecida con las experiencias dentales desfavorables y con las acti -- tudes negativas de la familia hacia el dentista. Las determinantes de la -- conducta de un niño en una situación dental, a menudo dependen de las acti -- tudes y experiencias de su familia en relación con la odontología. Dado que un niño normalmente espera apoyo de un padre en una experiencia amenazante. (2, 24)

Citando estos hallazgos, los investigadores afirmaron que las actitu -- des y experiencias de una familia en relación a la odontología parecen ser el más importante factor para determinar cómo un individuo reaccionará al -- dentista. La gente que acude al dentista condicionada a responder con temor y tensión es principalmente debido a que la odontología les había sido des -- crita de esa manera en sus hogares. Shoben y Borland concluyeron "el proble -- ma del temor dental no es específico de la situación dental. Más aún, está

fuertemente unido a la transmisión de actitudes de ansiedad a través de las interacciones del niño con figuras importantes en su medio social".

Dado que es sabido que las madres juegan un papel importante en el desarrollo del niño, algunos investigadores han buscado comprender la relación específica entre ansiedad materna y la conducta del niño en la situación dental. En un estudio de Johnson y Baldwin (1969), se evaluaron la conducta de niños cuya primera visita dental fue para una extracción. En un segundo estudio evaluaron la conducta de un niño durante una visita dental para examinación y profilaxis dental. Usaron la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (MAS), para determinar la ansiedad materna y correlacionarla con la conducta del niño. Además las madres tuvieron que contestar un cuestionario antes de que el niño fuera visto por el dentista. Las preguntas eran relacionadas con las reacciones previas del niño hacia los procedimientos médicos y dentales, cómo pensaba la madre que debería comportarse en la visita y cual era la impresión de la madre acerca de la ansiedad de su niño y de su propia ansiedad. Las respuestas de las madres a este cuestionario también fueron correlacionadas con la conducta del niño. (24)

Los resultados de los dos estudios fueron similares. Si el niño sufrió un "gran stress" de una extracción o un "stress menor" de una examinación y profilaxis, se encontró relacionado directamente al grado de ansiedad materna. Los niños cuyas madres habían tenido un grado de ansiedad (medido por el MAS), exhibieron conductas más negativas y menos cooperativas que aquellos niños cuyas madres tuvieron un menor grado de ansiedad. Las respuestas a las preguntas del cuestionario acerca de la predicción de la reacción del niño al procedimiento dental, la clasificación de la ansiedad del niño y la clasificación de la ansiedad materna fueron significativamente relacionadas a la conducta del niño.

Johnson y Machen, desearon determinar si la modificación de las técnicas de conducta podfan alterar la relación entre la actual conducta del niño y la que ellos predecfan mediante los niveles de ansiedad de su madre -- (MAS) y mediante las respuestas de las madres al cuestionario usado por --- Johnson y Baldwin el cual es como sigue:

QUESTIONARIO USADO EN LOS ESTUDIOS DE EVALUACION DE LAS INFLUENCIAS DE LAS ACTITUDES PATERNAS SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTO RIO DENTAL. (EL QUESTIONARIO ES LLENADO ANTES DE QUE EL NIÑO SEA -- TRATADO).

- 1.- ¿Cómo piensa usted que ha reaccionado su niño en las anteriores visitas médicas y dentales?
  - a) Muy pobremente.
  - b) Moderadamente pobre.
  - c) Moderadamente bien.
  - d) Muy bien.
- 2.- ¿Cómo piensa que reaccionará su niño a este procedimiento dental?
  - a) Muy pobremente.
  - b) Moderadamente pobre.
  - c) Moderadamente bien.
  - d) Muy bien
- 3.- ¿Cómo clasificarfa la ansiedad de su niño en este momento?
  - a) Alta.
  - b) Moderadamente alta.
  - c) Moderadamente baja.
  - d) Baja.
- 4.- ¿Cómo clasificarfa su propia ansiedad? (temor, nerviosismo).
  - a) Alta.

- b) Moderadamente alta.
- c) Moderadamente baja.
- d) Baja.

Los investigadores encontraron que la conducta del grupo de modelo de aprendizaje fué más significativamente afectada. Todos los niños de este -- grupo demostraron una conducta positiva, a pesar del MAS o de las respues\_\_tas de sus madres al cuestionario.

De lo anterior es evidente que la ansiedad materna influye de manera - importante en la conducta del niño en el consultorio dental; siempre que -- sea posible sin embargo, mediante técnicas apropiadas, la conducta del niño puede ser alterada por el dentista. (24)

Una conducta negativa en la primera consulta dental incrementa signifi\_\_cativamente cuando el niño cree que tiene un problema dental. Se puede dedu\_\_cir que un niño que está consciente del problema dental puede llegar a la - consulta con un mayor nivel de aprensión que un niño que no tiene concien\_\_cia de él. Esta aprensión pudo haber sido transmitida al niño por la madre, (ya que ella probablemente pudo haber reconocido el problema e intuir que - requiera de la intervención del dentista). Cualquiera que sea la razón, los resultados sugieren que existe un buen motivo para que los dentistas edu\_\_quen a los padres acerca del valor de una consulta previa a algún problema dental. (36)

En conclusión los investigadores han notado la probabilidad de que las actitudes maternas (sentimientos), sirvan como determinantes de las reaccio\_\_nes de ansiedad manifestadas por el paciente pediátrico en el consultorio - dental.

El nivel de ansiedad de un niño está altamente relacionado con el ni\_\_vel de ansiedad de la madre, cuando se lleva al niño al consultorio dental.

Mientras mayor es el nivel educacional de la madre, mayor es el grado de conducta positiva. El intento de la madre por resolver la ansiedad del niño aumenta. (2)

La ansiedad materna tiene menos influencia sobre la conducta de los niños mayores que en la de los menores. Este hallazgo cabe dentro de las nociones teóricas de Gesell, quién sostiene que el niño mayor es más independiente de su madre que el niño pequeño. (36)

- Efecto de la Presencia de la Madre en el Consultorio Dental:

Es muy probable que los dentistas generalmente prefieran tener a los padres ausentes durante el tratamiento debido a que la mayoría de los niños presentan una conducta más satisfactoria en ausencia de los padres.

En efecto, los niños mayores desarrollan independencia emocional y por lo tanto prefieren tener a su madre o a su padre en la sala de espera. Si un niño pudiese exhibir una conducta no cooperativa, la presencia del padre en algunas ocasiones le permitirá apoyar este tipo de conducta y también podrá limitar el rango de las técnicas de control de conducta del dentista.

Croxton, encontró que de 28 niños referidos de la consulta privada debido a que habfan mostrado problemas de conducta en otros consultorios; a la mayoría se le habfa intentado realizar un tratamiento mientras la madre estaba presente. Croxton excluyó a la madre de todas las citas y usó técnicas de manejo apropiadas para ganar cooperación. Encontró que en la visita final el 93% de los niños mostraron una respuesta positiva.

Los padres no deben sin embargo, ser rutinariamente excluidos de la operación, ya que hay ciertas ocasiones en que la presencia es deseable y realmente aumenta la conducta positiva por parte del niño.

Los niños pequeños están predispuestos a un número de temores, inclu

yendo el temor a lo desconocido y al abandono. Ellos también carecen de habilidad para adaptarse a una situación o a un nuevo medio.

Weininger ha afirmado que los niños de uno a tres años de edad aproximadamente, comúnmente exhiben ansiedad durante un corto periodo de separación, y el grado de respuesta es afectado por lo largo de la separación. Además de la pérdida de la madre, otras influencias pueden exacerbar la alteración del niño durante el periodo de separación. Muchos de estos factores han sido delineados por Robertson y Robertson. Estos detalles de la situación dental incluyen: Un medio extraño; un extraño vigilante o múltiples extraños; claves y lenguajes que el niño no comprende y a los cuales no puede responder; rutinas no familiares; disciplinas y demandas no usuales; enfermedad, dolor e interferencia corporal. Los resultados del estudio de Frankl y col., demostraron que la presencia de la madre puede ser una influencia positiva en la conducta de los niños pequeños que son sometidos a su primera visita dental. La presencia de la madre puede servir para reducir los temores del niño pequeño y pueden ofrecer apoyo emocional durante esta experiencia.

#### - Experiencias Médicas:

¿Cómo afectan las experiencias médicas del niño su conducta durante la consulta dental?. La pregunta ha sido discutida ampliamente. Se han hecho referencias de las experiencias médicas pasadas que han aportado algo de la conducta del niño en el consultorio dental, (Lenchner, 1966; Johnson y Baldwin, 1969), pero las observaciones clínicas han enfatizado la importancia de estas variables (Lamons y Morgan, 1952; Rule 1957; McGregor, 1962).

Investigadores recientes han apoyado estas investigaciones, ellos han mostrado que las experiencias médicas pasadas pueden ser una fuente crítica de conducta no cooperativa. (Wright y Alpern 1971; Wright et al, 1973; Bailey-

et al 1973). (33)

Sólo después de que esta variable fué analizada desde diferentes puntos de vista se encontró que si era de importancia.

Si la pregunta es: ¿Qué tan frecuentemente o cuando fué la última visita al médico?. La historia médica no podrá ser relacionada con la conducta del niño. Por otro lado, si la historia médica es enfocada a determinar si su experiencia médica pasada es agradable o desagradable, los resultados serán bastante diferentes. Los niños con experiencias médicas positivas son más cooperativos con el dentista, por lo tanto cuando se estudian las experiencias médicas de un niño, es la calidad de las visitas lo que realmente interesa.

De forma similar la actitud de un niño hacia un médico es de gran importancia. Si el ve a un médico favorablemente entonces es probable que -- tenga menos aprensión cuando visita a su dentista. Hay algunas similitudes entre el dentista y el médico; ambos son llamados doctores, usan bata blanca, tienen recepcionistas vestidas de similar forma. Dollard y Miller (1950), han demostrado que los temores pueden ser transferidos de una situación a otra. De aquí que las actividades concernientes al cuidado de la salud sean de gran importancia y que puedan ser transferibles. (33)

Si sufrió dolor durante consultas médicas previas, será otro factor a considerar en la historia médica previa. Otro factor a considerar en la mayoría de las investigaciones, es la evaluación del dolor dada por la estimación de los padres. El dolor actual puede haber sido moderado o intenso, real o imaginario.

La estancia de un niño en el hospital también debe ser considerada como parte de la historia médica. Algunos dentistas han observado que la -- cooperación del paciente deteriora después de una hospitalización. Lo con

trario es posible también. Si un niño de un nivel socioeconómico bajo es hospitalizado, es muy probable que el medio ambiente lleno de juguetes y salas de juegos le proporcionen una estancia placentera en el hospital. En adición, otros factores como una estancia en el quirófano y en la sala de recuperación, tienen que considerarse.

#### VARIABLES MENORES:

##### - Preparación Del Niño Para el Dentista:

Puesto que los estudios han demostrado consistentemente que la ansiedad materna afecta en el comportamiento cooperativo de los niños, se puede llegar a una conclusión práctica. El contacto con los padres del niño antes de su primera visita al dentista puede aliviar algunas de sus preocupaciones. Este contacto precedente a la cita debe reducir la ansiedad materna y así, incrementar la posibilidad de una primera visita exitosa. Bailey et al. (1973), han apoyado la preparación previa a la cita dental. Comparando los niveles de ansiedad de madre e hijo, ellos observaron que un niño expuesto a una actitud positiva de los padres hacia el dentista reaccionaba más positivamente. El comportamiento era mejor en los niños preparados previamente en una conversación con sus padres.

Parece entonces, que si los elementos de sorpresa y falta de información son eliminados por la preparación de los padres, se puede esperar que los niños tengan un comportamiento más cooperativo.

##### - Factores Socioculturales:

La relación entre nivel socioeconómico y la conducta cooperativa infantil, indica que mientras mejor se comportan los niños, más alta es su clase socioeconómica. Este hallazgo de suma importancia va de acuerdo con un estudio reciente que investigó la etiología de los temores dentales en niños de escuela primaria. La variable socioeconómica puede tener gran rele-



vancia para la salud dental pública y sugiere que se debe hacer mayor énfasis en los aspectos psicológicos de la educación del paciente para las clases socioeconómicas más bajas. (33)

Dickson, (1968) en su investigación encontró que la tasa de utilización del servicio dental era menor para las clases más bajas que para los grupos de clase media. Otra conclusión podría ser que la clase baja es menos propensa a solicitar ayuda, a menos que sufran de dolor. (16)

La contribución de la clase social al comportamiento cooperativo sólo puede ser hipotetizado. Es peligroso generalizar esta escasa información y relacionarla al pequeño paciente individualmente.

De acuerdo con Mussem et al, (1963) la evidencia muestra que las madres de clase media son menos punitivas y más afectuosas que las madres de clase baja. Los padres de clase baja usan más el castigo físico y el ríndculo como técnica de control. En las clases altas tienden a adoptar la conducta de recurrir más frecuentemente al razonamiento y al elogio. De esta manera, es posible que los niños criados por padres restrictivos y punitivos en una familia altamente desarrollada y autoritaria, respondan más fácilmente a una técnica de control. (16)

#### - Relaciones Entre Hermanos:

El aprendizaje social considera a los hermanos y compañeros como fuentes potenciales de ansiedad y miedo. El mal comportamiento de un niño pequeño en el consultorio dental puede ser el resultado directo de la influencia de un hermano mayor y darse el fenómeno de conducta contagiosa.

En términos de la teoría de la personalidad, el proceso de conducta reproductiva, exhibida por un modelo llamado "identificación". Bandura (1967) propone los términos "imitación" o "modelaje" para este tipo de conducta. Como una consecuencia del modelaje, el niño piensa, siente y se comporta.

igual que su modelo. Esto puede ocurrir sin que el niño tenga conciencia. Bandura (1962), explicó anteriormente que cuando se proporcionaba un modelo, los patrones de la compleja conducta eran aprendidos rápidamente y a menudo copiados completamente. (16)

Generalmente los niños se comunican con otros y hablan de sus experiencias con el dentista. La actitud desarrollada por el niño más grande es -- una estructura prefabricada para construir y aprender con el hermano pequeño. Esto puede ser particularmente verdadero, si el hermano menor no ha -- tenido contacto con el dentista anteriormente. El primogénito tiene la conducta de sus padres como modelo. Los niños nacidos después tienen en adición la de los padres, la conducta de los hermanos mayores como posible modelo.

De hecho, los hermanos pueden ser de gran ayuda, si el hermano mayor -- es un paciente cooperativo será un modelo ideal. Cuando los niños observan a sus hermanos o compañeros, en el consultorio dental, los procedimientos -- no deben despertar temor al observador. Los movimientos deben de ser lentos y la instrumentación mínima.

Los odontopediatras han reconocido y tomado ventaja de los beneficios -- que tiene la observación, para diseñar su consultorio. Los consultorios -- "abiertos" (con una especie de mirador), permiten a los niños observar a -- sus hermanos y compañeros durante el tratamiento. Ellos ven modelos cooperativos, también sienten que la presión social conforta al modelo. Los niños no tratan de ser diferentes, ni quieren parecer inadecuados o embarazosos en presencia de otros niños. Sin embargo, muchos consultorios de este tipo tienen al menos un cubículo cerrado. Los niños no cooperativos y particularmente los revoltosos, son tratados en cuartos cerrados para que el -- comportamiento inadecuado no sirva como modelo.

Una investigación odontopediátrica hecha por Ghose y col. (1969), ha evaluado el beneficio del efecto de los hermanos. El estudio se concentró en niños de 3 a 5 años de edad, que no habfan tenido cita previa con el dentista. (16)

El estudio concluyó que la presencia de un hermano mayor en el consultorio, tenfa un efecto favorable en el comportamiento del pequeño en su primera visita. La presencia de hermanos o hermanas grandes, también parece -- mantener o incluso mejorar la conducta del niño menor durante las consultas dentales subsecuentes.

La posición ordinal, sexo y espaciamiento de los niños en la familia: El conocimiento del orden en el nacimiento de los niños en la familia, permite una vista más profunda en el comportamiento infantil. A menudo revela cómo el medio ambiente cambiante en la familia crea diferentes atmósferas -- psicológicas para el desarrollo de la personalidad de cada niño.

El hijo primogénito es en esencia un hijo único. El medio ambiente de su familia inmediata le proporciona sólo a sus padres para imitar y por lo tanto, competencias más duras para vivir en conformidad. Más aún, él puede ser obstaculizado por la inexperiencia de sus padres, quienes pueden demandar mayores logros. El niño tiende a la sobrealización. Como resultado, -- el hijo mayor puede volverse más ansioso y sensitivo que los niños nacidos después.

Generalmente, esto no se aplica al segundo hijo, quien ve a su hermano mayor como un competidor invencible y que tiene un estatus y privilegios -- especiales (Talbot, Kagan y Eisenberg, 1971). (16)

El hijo de enmedio es generalmente más sociable y sugestible y busca -- una aprobación positiva. Porque él usa a su hermano mayor y a sus padres -- como un patrón de conducta; él tiene un modelo menos competente a seguir.

Sus modelos son más realistas que los de su hermano mayor. El se encuentra entre el niño que fué el primero y único, lleno de atenciones y el hijo menor que está siendo mimado y halagado. El hijo intermedio solicita atención, reconocimiento y trabaja socialmente para conseguirlo.

En comparación con el primero y segundo hijo, el menor parece ser más desafiante, irritable, con mucha iniciativa y más propenso a desarrollar -- sentimientos de inferioridad.

Los efectos de la posición ordinal están influenciados por otras dos variables: Sexo y espaciamiento. Los tres factores, posición ordinal, sexo y espaciamiento, interactúan; son inseparables en sus efectos sobre los rasgos de personalidad de los niños. Koch (1956), indicó que el sexo del hijo mayor tiene influencia sobre el tipo de comportamiento sexual de los hermanos menores. (16)

La influencia del sexo y el efecto del espaciamiento es más notable -- cuando el espaciamiento es de dos años o menos. Cuando los hermanos son -- del mismo sexo, ellos se comportan similarmente. Si el espaciamiento aumenta más de 4 años y el sexo es diferente, las cualidades de conducta son bastante disímiles. Koch (1956). (16)

Se han atribuido algunos rasgos indeseables de personalidad de los -- pequeños pacientes a otros tipos de relaciones entre los hermanos. La rivalidad es una de estas relaciones. Puede afectar al comportamiento en el -- consultorio dental.

Otra de estas relaciones es el resultado de ser la única hija en una -- familia de hijos hombres, o viceversa. Esto puede engendrar una conducta -- de sobreprotección por parte de los padres, y puede causar el desarrollo de una dependencia particular o de un hijo demandante (Thorpe et al, 1961). --

- Comportamiento No Cooperativo en la Unidad Familiar:

La falta de cooperación de un niño en el consultorio dental, puede -- atribuirse a muchos factores. Sin embargo, esta sección tratará sólo aque- llos factores que provengan del medio ambiente familiar. La mala conducta puede ser causada por: (1) "conducta contagiosa", es la frase de Wolking - que describe la correlación substancial entre los temores de la madre y - sus hijos preescolares; (2) Amenazar al niño con llevarlo al dentista como castigo a su mal comportamiento; (3) Preparación del niño bien intenciona- da, pero impropia; (4) Discusión con el dentista en presencia del niño; -- (5) Ansiedades de los niños, generadas tanto interna como externamente.

La incorporación de inquietudes y patrones de conducta de uno de los- padres y la influencia de los hermanos y compañeros ha sido tan común, co- mo el que un miembro de la familia o amigo, contraiga sarampión, de aquí - el uso de la frase "conducta contagiosa". Los niños son impresionables y por lo tanto susceptibles de imitar a modelos de su medio ambiente. Los - temores y angustias de estos modelos han resultado en actitudes y comporta- miento no cooperativo en el paciente odontopediátrico.

Algunos padres utilizan a los dentistas para asustar al niño. En al- gunos hogares, el dentista es una amenaza para forzar al niño a tomar una buena conducta. Como ejemplo, Offord (1963) usa esta frase: "si tu no eres un niño bueno, te mandaré con el dentista y el te sacará todos los dientes".

Usando al dentista de esta manera, necesariamente se crea temor en el ni- ño (Finn, 1973). (16)

Dentistas, psicólogos y psiquiatras han prevenido a los padres a cer- ca del efecto que tiene una discusión con el dentista en presencia del --- impresionable niño (Finn, 1973; Tuma, 1954; Wolking, 1963). Existe un cor- to número de investigaciones dirigidas a la recopilación de observaciones-

anecdóticas acerca de los argumentos oídos por casualidad de la odontología, que producen ansiedad, miedo y resultan en un paciente no cooperativo. (16)

Sin embargo, existe suficiente información en la psicología del aprendizaje que nos da fe de una relación causa-efecto. Dos investigaciones --- psicológicas sostienen la creencia de esta relación. Borland y Shoben, --- (1954) encontraron que la etiología de los temores al dentista se originan en el medio ambiente familiar. Más recientemente, Kleinknecht et al, - - - (1973) obtuvieron resultados semejantes. Ellos encontraron que los pacientes temerosos, frecuentemente denotaban actitudes dentales desfavorables entre los miembros de la familia o amigos. (16)

El niño sustituye la fantasía, basada en la conversación escuchada y la transpone a su experiencia real. El siente ansiedad con respecto al daño físico potencial en las manos del dentista.

Algunas de las fuentes de ansiedad descritas por Mussen (1963) se relacionan a la odontología y al niño. Muchas de estas fuentes se originan en la familia o el medio ambiente social. Un ejemplo sería la ansiedad por la pérdida de un amor o la desertión.

Esto puede provenir de la anticipación de la pérdida o desaparición de una fuente de afecto o aceptación, como el amor de la madre. A menudo en casa o en el consultorio se oye regañar a los niños, amenazándolos con la pérdida de su amor o afecto. El niño puede creer que perderá la protección de sus padres si no coopera con el dentista. La ansiedad en vez de un buen comportamiento, es la respuesta común a estos hechos.

El origen de la ansiedad por la pérdida del amor y aceptación paterna, detiene e inhabilita al dentista que está tratando de manejar el comportamiento del niño.

Familias con padres separados: Es un axioma, que una vida familiar -- satisfactoria es crítica para el desarrollo o la salud emocional en el ni\_ño. Las actitudes de un padre hacia el otro, afectan las actitudes y la - conducta del niño. Un niño alerta que es sensible al medio ambiente fami\_ liar, es el que reacciona más severamente a la incompatibilidad de los --- padres.

Un niño proveniente de una casa con interrelaciones paternas infeli\_ ces, quizá será un problema en el consultorio dental. Esto puede ser debi\_ do a sentimientos de inseguridad que son generados por su ambiente familiar.

## B I B L I O G R A F I A

- 2 Bailey, Philp M.: Talbot Amy and Taylor, Paul P. "A Comparison of Maternal Anxiety Levels with Anxiety Levels Manifested in the -- Child Dental Patient". J. Dent Child Pags 25 - 32 July - August 1973.
- 16 Lechner Victor "The Influence of The Family" Behavior Management in Dentistry for Children", W.B. Sauders Co Philadelphia Chapter-Four Pags 73 - 75, 1975.
- 24 Ripa, Louis R., Barenic, James A. "Management of Dental Behavior in Children" Postgraduate Dental Handbook, P.S.G. Publishing - - Company Littelon, Massachusetts.
- 33 Wright, Gerald Z. Behavior Management in Dentistry for Children, W.B. Sauders Co Philadelphia Chapter Three; Pags 55 - 72 1975.
- 36 Wright, Gerald Z. and Alpern, Gerald D. "Variables Influencing - Children's Cooperative Behavior at the First Dental Visit" J. - Dent Child. Pags 60 - 64 March - April, 1971.



**CAPITULO IV**

***Terapéutica no Farmacológica  
del manejo de la Conducta***

## TERAPEUTICA NO FARMACOLOGICA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

El presente capítulo tratará sobre el dentista y su medio ambiente. -- Antes de proceder, es importante introducir el concepto odontopediátrico -- del triángulo de tratamiento (figura 4.1). (15)

Se ha enfatizado que la comunicación es el objetivo más importante para poder impartir tratamiento odontológico, pero esta comunicación no sólo debe ser entre el paciente y el odontopediatra, sino también con la familia.

No es posible ver por separado una sola esquina de este triángulo. El niño está en la cúspide, es el foco de atención tanto para su familia como para el dentista. Aunque la actitud de la madre ha demostrado ser una influencia significativa en la conducta de sus hijos en el consultorio dental. Las líneas de comunicación desde el ángulo del dentista enfatizan una mayor diferencia entre la odontología para adultos y la odontopediatría.

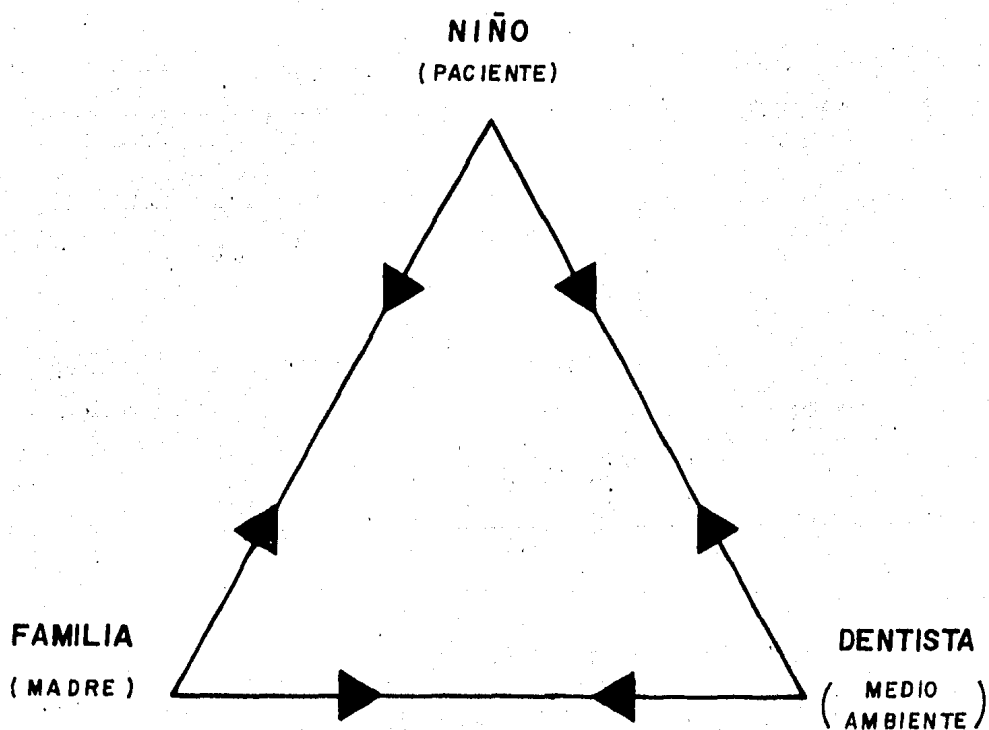
Estas líneas demuestran que hay una relación de 1:2 cuando se trata a niños, por ejemplo; dentista:niño y su madre. El trato con adultos tiende a ser una situación de 1:1, por ejemplo; adulto:dentista. Las flechas indican que la relación es recíproca.

El tratamiento dental del niño es por lo tanto, una relación dinámica sumando las esquinas del triángulo; el niño, el dentista y su familia. Es deber del odontopediatra mantener una dentición sana, completa y funcional de acuerdo a las necesidades físicas y emocionales del niño. Esto va a depender de su capacidad para controlar la conducta infantil. Este capítulo trata específicamente sobre técnicas del manejo de la conducta del niño en la práctica dental. La mayor parte de las técnicas, han sido desarrolladas por generaciones de dentistas y han sido el sostén en el manejo infantil.

Sólo recientemente, los dentistas han encontrado que muchas de las técnicas de manejo que ellos habían usado y desarrollado en el pasado, estaban

**FIGURA 4.1**

**TRIANGULO DE TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO**



basadas en principios de psicología.

Las técnicas básicas de manejo odontopediátrico ayudan a despojarse de problemas en la práctica diaria.

#### COMUNICACION CON LOS NIÑOS:

El establecer una efectiva comunicación es uno de los mayores objetivos al tratar a los niños. El medio de comunicación más común con los niños es el lenguaje hablado.

Hay muchas maneras de iniciar una comunicación verbal. Muchos niños pequeños están orgullosos de su nueva ropa y les gusta que les pregunten acerca de ella. Los niños mayores a menudo usan sweaters de equipos deportivos, o con siglas de escuelas famosas o uniformes especiales y les gusta ser cuestionados acerca de sus actividades. Cualquiera que sea el truco para iniciar una conversación, las preguntas no deben requerir una respuesta simple como "sí" o "no"; preguntas abiertas como ¿qué significan estas siglas? tienden a establecer la comunicación. Este proceso de exponer la imagen del niño a través de sus argumentos, es llamado externalización (Jenks, 1964). (15)

La comunicación sin embargo, no está limitada a la conversación. La comunicación no verbal, es cuando por ejemplo, al estrechar la mano de un niño se le comunica el sentimiento de calidez. La sonrisa de un asistente, trae como consecuencia la aprobación y aceptación. Similarmente estos sentimientos, pueden ser transmitidos a través de los ojos (Sim, 1973). (15) De aquí que la comunicación es un proceso recíproco que el niño rechaza mediante la evasión del contacto visual con el dentista, con esto se da una cuenta de que el niño no está listo para cooperar completamente.

Así, la comunicación efectiva es un proceso multisensorial. (Moss, 1972) sostuvo que en cualquier comunicación existe un transmisor, un medium

y un receptor. El dentista o alguien de su equipo son los transmisores, el ambiente del consultorio es el medium y el niño es el receptor.

El transmisor puede ser uno o todos los miembros del equipo de salud dental durante una visita del niño. Sin embargo debe reconocerse un papel fundamental. La transmisión verbal tiene que provenir de una sola dirección, ya que los niños no pueden dividir su atención entre dos adultos simultáneamente. Si el dentista ha establecido una conversación con el niño, entonces sus asistentes se deben abstener de hacer comentarios.

La actitud del transmisor es a menudo comunicada a través de su voz. La entonación, volumen y la modulación pueden expresar firmeza y autoridad. Los niños pequeños no siempre escuchan o entienden las palabras y oraciones por eso casi siempre se requiere de su repetición. La transmisión debe ser constante. Una especie de paternidad puede dar al pequeño un sentimiento de seguridad y promover el manejo de la conducta.

Desde que la comunicación es multisensorial, la postura, los movimientos y la posición del equipo dental son signos extremadamente importantes de comunicación no verbal. Generalmente los movimientos deben ser lentos y suaves, diseñados para producir positividad e infundir un sentimiento de seguridad en el paciente.

El medium en el sistema de comunicación paciente-dentista, es complejo. Involucra las proyecciones del personal y el medio ambiente del consultorio.

El canal visual debe ser considerado en la comunicación multisensorial. Algunas veces aquellas cosas que parecen naturales para el dentista, pueden ser extrañas para el paciente.

La mayoría de los niños en su papel de receptores, tienen ciertas características que deben ser reconocidas por el equipo dental para un manejo efectivo de la conducta. Ellos deben enfocar su atención a un solo punto y

no dividir la misma. Los mensajes comunicados deben ser continuos. Esto es particularmente cierto para los niños pequeños puesto que su rango de atención es corto, si el dentista tiene que dejar el consultorio, alguien más debe transmitir; de otra manera el receptor construye una barrera. Generalmente existe un error cuando el dentista deja el consultorio y el asistente se dedica a sus quehaceres y no se comunica con el niño; se puede desarrollar miedo en estos niños. En las palabras de Moss, "una vez que el niño ha sido encendido, mantengalo así".

Otros sentidos del receptor pueden ser usados con ventaja. Los niños deben de ser animados a tocar los objetos que no sean peligrosos, se les debe permitir usar el sentido del olfato, se deben sentir cómodos. La mayoría de los niños son buenos receptores, pero depende del equipo de salud dental encausarlos correctamente. El mensaje a comunicar es que el niño debe relajarse y eliminar su miedo.

#### LENGUAJE Y EXPRESION:

Los clínicos dentales frecuentemente se encuentran con pacientes infantiles exhibiendo un malestar hacia su cita dental. Los problemas de manejo de conducta, manifiestos o no, son usualmente controlados usando técnicas psicológicas o farmacológicas. Los métodos psicológicos son preferidos en el manejo de la conducta del niño normal. Estableciendo una relación a través de la comunicación verbal, se considera un requisito primario para la cooperación y el éxito del tratamiento dental.

Una atenta interpretación de las señales no verbales, tales como las expresiones faciales y movimientos del cuerpo, pueden ser otro útil vehículo para comprender mejor la conducta de un niño. Mediante una atenta interpretación y comprensión de la conducta no verbal del niño, un odontopediatra, o cualquier otra persona que trabaje con niños, puede ser más efectivo

para captar conductas adversas de un niño.

Darwin, fué el primero en intentar proporcionar evidencias de que las expresiones faciales de las emociones son innatas y universales. En modernos estudios de intercambio cultural, Ekman también apoyó la tesis de universalidad de las expresiones faciales de Darwin.

Algunos investigadores piensan que una vez que la faz llega a ser un estímulo efectivo para la respuesta social-emocional, es frecuentemente utilizado como una forma primaria consciente o subconsciente de comunicación. Birdwhistell ha estimado que en una conversación normal de dos personas, los componentes verbales de la comunicación, llevan menos del 35% del significado social de la comunicación, mientras que más del 65% del significado es transmitido a través de signos implícitos de la comunicación. Mehrabian, también cree que durante el lenguaje la mayoría del impacto es mediado a través de la expresión facial.

En niños, el reconocimiento de emociones que se desarrollan tempranamente, tales como diversión, placer, ira y temor serán más fácilmente de reconocer que aquellas que se desarrollan después, tales como; avergonzamiento, disgusto y desprecio.

Charlesworth y Kreutzer, observaron que las expresiones de las emociones en los niños tiende a ser más difusa y mucho más monótona en contraste con las diferenciadas y sutiles expresiones de individuos más maduros. Huber ha afirmado lo siguiente: Las expresiones faciales resultan de las reacciones emocionales que permanecen desenmascaradas durante la infancia. Es por esto que es posible leer en una cara infantil el verdadero significado de las expresiones con toda su rica gama de modulaciones. (21)

Ekman, más adelante apoyó la observación de Huber: "Las emociones que están negadas en un canal de expresión encuentran salida en otro". Los ni

ños pequeños tienen menos desarrolladas sus habilidades verbales, por lo -- que recurren a otros "canales" como la expresión primaria de la cara. Simi -- larmente, el niño mayor recurrirá a la expresión facial, más que hacerlo en la norma social de verbalidad, para expresar sentimientos no aceptados.

La combinación de ceja-ojo-boca, parece ser la mejor para representar la mayoría de las expresiones en una determinada cara. Byrnes observó: "To -- dos los cambios de expresiones están centrados en la boca, ojos y cejas, ya que son las únicas que se mueven por sí mismas".

Harrison estudió las expresiones faciales, estudiando sencillos esque -- mas faciales que él llamó "pictomorfos". Él usó los pictomorfos para redu -- cir la cara humana a su más simple forma para poder manipular los elementos que lo forman y observar cambios en la respuesta. Las fases esquematizadas consistían de una cabeza de forma circular, cejas, ojos y boca. Varias com -- binaciones de esos elementos faciales generaron las expresiones que se en -- cuentran en la figura 4.2. (21)

El dentista se debe adaptar al nivel de comprensión del niño. Esto no significa usar el lenguaje de un bebé, pero sí emplear palabras que tengan significado para el paciente. Si un niño de 6 años actúa como uno de 3, en -- tonces uno debe dirigirse a él en ese nivel. Contrariamente, un niño de 6 años que está avanzado en sus experiencias y entendimiento, coopera más gus -- tosamente cuando se le habla como si fuera más grande.

Los eufemismos que es la sustitución de expresiones que pueden ser -- -- ofensivas o desagradables por otras simples o inofensivas que pueden tener mucho más aceptación; son empleados por la mayoría de los odontopediatras como segunda lengua. La lista es interminable y es limitada sólo por la ima -- ginación del equipo dental; a continuación se enlistarán unos ejemplos: (15)



TERMINOLOGIA DENTAL	PALABRAS SUSTITUTIVAS
Pieza de alta velocidad.	Viento, avión.
Alginato.	Gelatina.
Anestésico.	Jugo para dormir al - diente.
Caries dental.	Hoyo, punto obscuro, - diente enfermo.
Explorador.	Contador de dientes.
Evacuador de alta velocidad.	Limpiador, aspiradora.
Matriz.	Cuevita para llenar.
Pasta y sellador de fisuras.	Cubierta plástica o - brillador de dientes.
Pasta profiláctica.	Pasta dental especial.
Dique de hule.	Impermeable de hule.
Grapa para dique de hule.	Broche para diente.
Bandas de acero inoxidable.	Anillo para el diente.
Coronas de acero inoxidable.	Sombrero para diente.
Aparato de rayos X.	Camara dental.
Radiograffa.	Fotograffa dental.

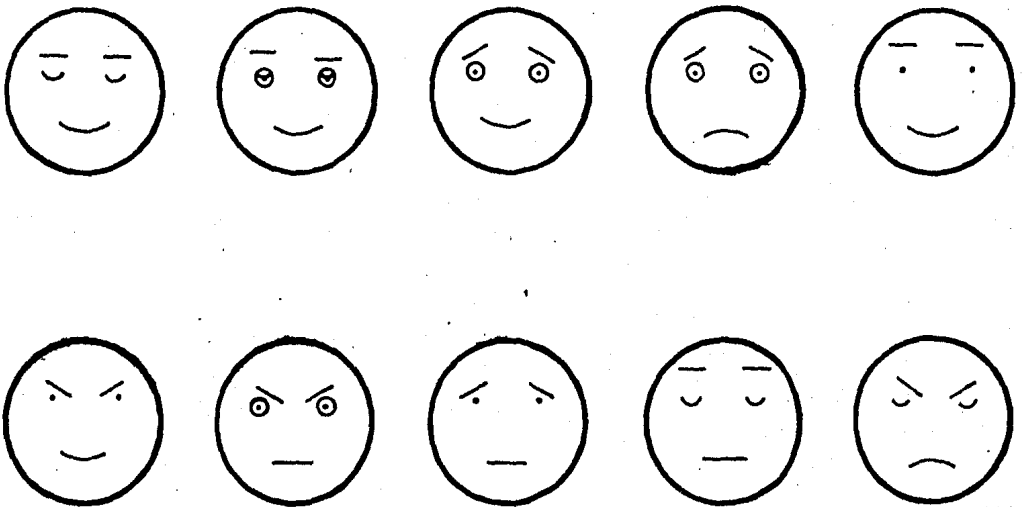
Los dentistas han reconocido ampliamente que la calidad de voz, referido como control de voz, es altamente importante. Frecuentemente, un cambio brusco en el tono y volúmen de amable a firme o de quedo a fuerte, puede -- usarse para llamar la atención del niño que no coopera; no es importante lo que se dice, sino el cambio que se da para obtener la atención.

El objetivo del control de voz es lograr la atención del niño, como lo es de la mayoría de las técnicas de control usadas en el consultorio dental.

Sin la atención del niño no hay medio de comunicación y sin comunicación, el niño nunca aprenderá a ser un buen paciente.

## FIGURA 4.2

### EXPRESIONES FACIALES



ESQUEMAS SIMPLIFICADOS DE CARAS SEGUN COMO FUERON DESARROLLADOS  
POR R. P. HARRISON ( BEYON WORDS, PRENTICE-HALL, 1974).

### PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE:

En términos modernos, la teoría del aprendizaje es el establecimiento de una concepción o asociación entre un estímulo y una respuesta (E - R).

El estímulo o clave puede ser de varios tipos. Puede ser un acto motor como entrar a la recepción de un consultorio dental, puede ser un pensamiento o imagen; pensar en el sonido de la pieza de mano de alta velocidad o ver la fotografía de un dentista con un instrumento en la mano. Estos -- estímulos potencialmente productores de ansiedad son claves que pueden ser asociados con las respuestas y por consiguiente cualquier conducta involucra una compleja y continua serie de estímulos y respuestas. (Mussen, 1963)

**MOTIVACION.** - Un principio básico del aprendizaje incluye la motivación.

Un niño es más propenso a comportarse de cierta manera si es motivado para alcanzar una meta específica.

**REFORZAMIENTO.** - Otro concepto importante para la comprensión de la teoría del aprendizaje es el reforzamiento. Si una respuesta resulta para la obtención de una meta, esta respuesta es reforzada.

**GENERALIZACION.** - La tendencia del individuo de responder de forma similar a estímulos precondicionados se conoce como generalización de estímulos.

Mientras más grande sea la similitud entre el estímulo original y la nueva situación, mayor será la probabilidad de que la respuesta ocurra. Generalización de respuesta es aprender a responder a un estímulo particular en una forma levemente diferente.

El término generalización mediada se aplica en los casos en los que la base para la generalización involucren una expresión en el lenguaje. Para el niño pequeño, el término "doctor" significa médico, y una cita para consulta, ya sea con el médico o con el dentista, significa lo mismo.

**DISCRIMINACION Y EXTINCION.**- Al principio, la generalización mediada puede ser bastante amplia. Gradualmente sin embargo, el niño aprende a limitar correctamente sus generalizaciones. Esta habilidad aprendida se llama discriminación. El niño aprende que el consultorio médico es diferente que el dental y que un dentista difiere de un médico.

Una respuesta aprendida no siempre se conserva fuertemente, si la respuesta ocurre y no es reforzada, la fuerza de la respuesta disminuye progresivamente y eventualmente es eliminada. A este hecho se le llama extinción de respuesta.

**MODIFICACION DE CONDUCTA.**- Los psicólogos han desarrollado técnicas para modificar la mala conducta, usando muchos de los conceptos mencionados en la teoría del aprendizaje. Estos métodos son llamados modificadores de conducta.

La modificación de la conducta o terapia del comportamiento como en -- ocasiones se le llama, puede ser definido como el intento de alterar la conducta humana y las emociones en forma beneficiosa, siguiendo las leyes de la teoría del aprendizaje (Eysenk, 1964). Estas leyes establecen que la -- conducta que es recompensada tiende a aumentar y la conducta que es castigada o no merece ser premiada tiende a extinguirse o desaparecer. (15)

Según Bijou y Ribers, 1972. "La modificación de la conducta es simplemente la modificación del ambiente". (3)

#### **ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO:**

El análisis conductual aplicado debe mostrar la importancia de la conducta cambiada, así como sus características cuantitativas, señalar las -- manipulaciones experimentales que permitan precisar con claridad lo que -- causó el cambio, hacer la descripción tecnológica exacta de todos los procedimientos que contribuyeron a su producción, comprobar la efectividad de --

Los procedimientos que produjeron las modificaciones reportadas como valiosas y asegurar la generalidad de ese cambio. (Baer, Wolf y Risley, 1968). (3)

El análisis conductual aplicado se desarrolla a partir de la observación de tres cambios básicos:

1.- Un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, que influye en el organismo, al cual denominaremos "estímulo".

2.- Un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable, al que denominaremos "respuesta o conducta".

3.- Un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta al que llamaremos "consecuencia".

A esta triple relación entre un estímulo previo, una conducta y un estímulo consecuencia de dicha conducta se le llama "Triple relación de contingencia".

El establecimiento y manipulación de relaciones funcionales entre estímulos precedentes, conductas y consecuencias es llamado "Método prototípico del análisis conductual aplicado".

**ESTIMULOS DISCRIMINATIVOS.**- Son estímulos precedentes que acompañan a una conducta que va seguida de una consecuencia. Su función es aumentar la probabilidad de que la conducta en cuestión ocurra. Este estímulo precedente adquiere control sobre la respuesta en tanto discrimina o distingue la ocasión en que esa respuesta va seguida de una consecuencia determinada.

**CONDUCTA O RESPUESTA.**- La definición de una conducta debe de ser:

- a) De conductas específicas.
- b) En términos observables.
- c) Debe permitir tomar un registro de frecuencia y/o duración.

Para describir una conducta se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

1.- ¿Qué está haciendo la persona?

- a) Observar el movimiento de su cuerpo, ejem: Correr, saltar, escribir, es\_\_tar inmóvil, etc.
- b) Observar las expresiones faciales de la persona, ejem: Gestos, sonrisa, contacto visual, ausencia de expresión, etc.
- c) Escuchar lo que la persona dice, ejem: expresiones usadas, palabras, to\_\_no de voz, suspiros, ausencia de lenguaje, etc.
- d) Observar la intensidad de la conducta, ejem: su frecuencia (cuantas ve\_\_ces se presenta); su duración (cuanto tiempo dura); magnitud o intensi\_\_dad de la voz, etc.

2.- Los resultados de la conducta.

- a) Si es una conducta de auto-cuidado, de mantenimiento, social, académica, etc.
- b) Reacciones de las otras personas que están interactuando en ese momento con la persona de interés.
- c) Tipo de consecuencias que tuvo la conducta ejem: si se le castigó, se - le elogió, se le regañó, etc.

3.- Situación en la que se está dando la conducta.

- a) ¿Cuándo ocurrió la conducta?
- b) ¿Dónde ocurrió la conducta?
- c) ¿Cuáles fueron las condiciones anteriores a la conducta? ejem: se le dió una instrucción, fué un favor que se le pidió, etc.
- d) ¿Es frecuente que ocurra bajo estas mismas circunstancias o no? ejem: en el mismo lugar, a la misma hora, con la misma instrucción, etc.

Una conducta está bien definida cuando una persona sea capaz de enten\_\_der cómo ocurrió una conducta sin necesidad de observarla directamente.

Otro punto importante a considerar es la medición de la conducta y es\_\_

ta puede hacerse en base a dos puntos:

- 1.- Frecuencia.- O sea el número de veces que ocurre una conducta en un tiempo determinado.
- 2.- Duración.- O sea el tiempo o duración de una conducta.

ESTIMULO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA.- Esto ocurre como consecuencia de la conducta que ha tenido lugar, y es indispensable que ocurra a consecuencia de dicha conducta. Esta consecuencia tiene un efecto característico que la define y que hace que sea más probable que la conducta vuelva a ocurrir en el futuro. A este aumento en la probabilidad futura de la conducta se le denomina reforzamiento. Y al estímulo consecuencia de la conducta se le llama "estímulo reforzador".

ESQUEMA:

$$E^D - R - E^R$$

$E^D$  = Estímulo discriminativo.

R = Respuesta o conducta.

$E^R$  = Estímulo reforzador.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL:

El tratamiento conductual en base a todo lo visto anteriormente presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tienden a diseñar el ambiente general e individual del sujeto de modo tal que facilite y promueva, mantenga o elimine conductas que presente el sujeto.

Así el tratamiento conductual debe abarcar tres aspectos fundamentales:

- 1.- La creación de nuevas conductas.
- 2.- El aumento de frecuencia en conductas ya existentes.
- 3.- La supresión de conductas indeseables.

Para llevar a cabo esto se deberá establecer objetivos conductuales fu

turos los cuales especificarán:

- a) Qué conductas mostrará el sujeto.
- b) Bajo que condiciones se presentarán.
- c)Cuál será el criterio de ejecución.

**CONDUCTAS PRE-CURRENTES.** - Son las conductas iniciales a partir de las cuales se establece un nuevo objetivo de respuesta. O sea repertorio inicial con que cuenta un sujeto antes de iniciar un programa conductual.

Su establecimiento permite:

- a) Evaluar si el sujeto posee el mínimo necesario de conducta para desarrollar el programa y si no sucede así, aplicar programas que establezcan repertorios antecedentes.
- b) Evaluar en términos cuantitativos el progreso que se logra en la consecución de los objetivos conductuales del programa.

Ejemplo: Si vamos a enseñar a un niño a controlar esfnteres tenemos que asegurarnos que el niño es capaz de seguir instrucciones, poder sentarse y pararse por sí solo.

#### **TECNICAS DE INTERVENCION O TRATAMIENTO:**

Se entiende el conjunto de condiciones que manejaremos para producir un cambio en la conducta del sujeto.

Tipos de técnicas:

- 1.- Técnicas para adquirir, incrementar y mantener conducta apropiada.
- 2.- Técnicas para reducir y eliminar conductas inapropiadas:

#### **TECNICAS PARA ADQUIRIR, INCREMENTAR Y MANTENER CONDUCTA APROPIADA.**

Técnicas que revisaremos:

- 1.- Imitación o modelamiento.
- 2.- Reforzamiento positivo.
- 3.- Reforzamiento continuo e intermitente.



#### 4.- Desensibilización sistemática.

IMITACION O MODELAMIENTO.- Es un procedimiento mediante el cual la conducta del sujeto se coloca bajo el control topográfico (formal) y temporal que brinda la conducta de otro sujeto que funciona así como modelo.

Es el proceso de conducta reproducida a la efectuada por un modelo -- (Bandura, 1967). Algunos patrones de conducta compleja son aprendidos rápidamente de un modelo. Así, la imitación puede ser un eficiente método de aprendizaje. (15)

Los aspectos importantes de la imitación son:

- a) La semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo, no es necesario que sean idénticas.
- b) La relación temporal entre estas conductas, o sea la respuesta del sujeto debe producirse inmediatamente después de la del modelo, o después de un intervalo muy breve.
- c) La omisión de instrucciones explícitas para que el sujeto imite la conducta o sea la respuesta ha de producirse por sí sola ante la simple presencia de la conducta del modelo.

La imitación hace que la adquisición de conductas sea casi automática cuando se presente en forma adecuada las condiciones del modelo.

La imitación de modelos tiene mayor probabilidad de ocurrir cuando el observador ve al modelo obtener algún tipo de reforzador después de emitir la conducta. El observador recibe lo que se llama reforzamiento vicario, a través de un "aprendizaje vicario" (Bandura y Walter, 1963). (15)

En síntesis el aprendizaje vicario se refiere a la observación de la imitación entre un modelo y un sujeto imitador.

REFORZAMIENTO POSITIVO.- Es el procedimiento de administrar una con\_\_

secuencia (reforzador) inmediatamente después de una conducta determinada, obteniéndose un aumento consistente en la probabilidad de ocurrencia de esa conducta.

Es importante asegurarse de que el evento o estímulo que se entrega al sujeto, sea realmente agradable para él. Esto lo podemos determinar preguntándole directamente al sujeto o bien observando qué clase de estímulos prefiere.

Los reforzadores pueden ser de diferentes tipos:

- a) Reforzadores Sociales: Sonrisas, caricias, besos, alabanzas, etc.
- b) Reforzadores Tangibles: Golosinas, dulces, ropa, juguetes, etc.
- c) Reforzadores Naturales: Diversiones como ir al cine, al circo, de paseo, etc.

La efectividad del reforzador dependerá de:

1. - La cercanía temporal entre la presentación de la conducta y la presentación del evento agradable (reforzador).
2. - Elegir el evento agradable adecuado a la persona, es decir que en realidad le interese al sujeto obtenerlo.

**REFORZAMIENTO POSITIVO CONTINUO.**- En este procedimiento se refuerza todas y cada una de las conductas deseables que queramos que el sujeto presente.

**REFORZAMIENTO POSITIVO INTERMITENTE.**- Aquí la entrega del reforzador - estará determinado por un programa especial de entrega. Este procedimiento se aplica cuando consideramos que el sujeto ya adquirió la conducta (por reforzamiento continuo) y ahora se refuerza solamente algunas de las conductas.

**Ventajas:**

- Cuando se utiliza es probable que se mantenga la conducta por más tiempo

y con una frecuencia mayor que en el reforzamiento continuo.

- Asegura que el reforzador no pierda sus propiedades de estímulo agradable evitándose la saciedad.
- No se está continuamente reforzando la conducta y por consiguiente no va a ser necesario que estemos siempre presentes para reforzarla.

**DESENSIBILIZACION.** - La desensibilización sistemática o inhibición recíproca como la describe Wolpe (1969), es la eliminación de hábitos de respuesta ansiosa, presentando primero un estímulo que produzca una respuesta leve. Cuando deja de causar ansiedad, se introducen estímulos progresivamente más fuertes hasta que se obtiene un control directo sobre el estímulo -- productor de mayor ansiedad. Su objetivo es disminuir la ansiedad provocada por aprendizaje previo. La desensibilización comprende el entrenamiento del paciente para obtener una relajación muscular profunda progresiva, la construcción de una "jerarquía de ansiedad" y el trabajo sobre esa jerarquía.

El enlace entre el estímulo y la ansiedad, es gradualmente debilitado en presencia de relajación. La ansiedad y el relajamiento muscular profundo son incompatibles y no ocurren juntos.

**Pasos a seguir:**

- 1° Recaudar información.- Conseguir datos significativos en relación al problema. Información dada por el mismo sujeto y por personas ligadas a él.
- 2° Relajación.- Se lleva a cabo una relajación física y mental del sujeto - en forma gradual.
- 3° Elaboración de las jerarquías.- Consiste en establecer gradualmente cada estímulo que se le presentará al sujeto que abarcará de los que le causan menos ansiedad, hasta acercarse al objeto fóbico.

La jerarquía siempre se establece en función del estímulo fóbico, utilizando la distancia como parámetro de la intensidad del estímulo que --

causa angustia. Los pasos a seguir para la elaboración de las jerarquías son:

- a) Se ubica el estímulo fóbico a distancia y se elaboran los ítems de lo más lejano a lo más cercano.
- b) Las 2 o 3 primeras sesiones se usan ítems que no provocan ansiedad.
- c) En las siguientes sesiones, se le pide al sujeto una presentación verbal en donde se le pide que imagine una serie de escenas referentes a su problema.
- d) Después se usan ítems que provocan ansiedad, pero a distancia.
- e) Se van acercando estos ítems que provocan ansiedad (presentación de estímulos aversivos).
- f) Cada ítem debe ser presentado de 1 a 5 veces.

4° En cada sesión el terapeuta debe manejar la ansiedad.

- a) Si algún ítem no produce ansiedad, se acorta el tiempo de duración de la presentación ejem. 8" a 10".
- b) Al término de cada sesión el terapeuta debe platicar con el sujeto de 5 a 10 minutos, para ver como se sintió.

5° Cuando se presenta ansiedad se quita el estímulo y se somete al sujeto a relajación.

6° Ninguna escena debe ser concluida con una escena fóbica.

7° Se sustituye la terapia imaginativa y visual, por una real; en donde también se van graduando los acercamientos.

#### TECNICAS PARA REDUCIR Y ELIMINAR CONDUCTAS INAPROPIADAS:

Estas técnicas se emplean para reducir o suprimir conducta inapropiada, ya que este tipo de conducta es indeseable para la mayoría de las personas y pueden traer graves repercusiones sobre el sujeto que las presenta.

Técnicas que revisaremos:

- 1.- Extinción o ignorar.
- 2.- Reforzamiento negativo.
- 3.- Castigo.
- 4.- Tiempo fuera o aislamiento.

**EXTINCIÓN O IGNORAR.**- Esta técnica consiste en la suspensión total del reforzamiento por una conducta determinada, lográndose reducir la frecuencia de una conducta después de que se deja de otorgar el evento agradable - (reforzador).

Al aplicar esta técnica debemos:

- 1° Identificar el reforzador que mantenía la conducta para no darlo después de que se emita la conducta problema.
- 2° Al usar esta técnica pretendemos eliminar totalmente la conducta, por lo tanto la suspensión o eliminación del reforzador debe ser permanente.
- 3° No olvidar que sus efectos son lentos e incluso opuestos al principio de su aplicación, ya que al inicio de la extinción de la conducta suele presentarse con mayor frecuencia e intensidad para declinar posteriormente de manera gradual.
- 4° No usar esta técnica cuando se trate de una conducta auto-agresiva o que cause daño al sujeto.

**REFORZAMIENTO NEGATIVO.**- Se refiere al acto de retirar o remover un estímulo indeseable o aversivo, que al ser retirado aumenta la frecuencia de ocurrencia de una respuesta.

Explicado de otra forma es; aplicar un estímulo aversivo o castigo hasta que ocurre la respuesta deseada y en ese tiempo se retira el castigo o se suprime. Se usa en casos extremos y por lo general no es recomendable.

Giles y Wolf, en un estudio utilizaron reforzamiento negativo en el en

trenamiento de ir al baño, con niños severamente retardados.

Ellos vieron que ninguno de sus procedimientos servía para estos niños y lo que hicieron fué poner una cuerda alrededor de su cintura (estímulo --aversivo) y amarrar el otro extremo al W. C., cuando los niños hicieron en el W. C., no solamente eran liberados en ese momento (terminación del castigo), sino que también eran alabados y se les daban recompensas (reforzados).

**CASTIGO.** - El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser una causa que disminuirá o eliminará la conducta original. (9) Consiste en administrar un evento doloroso o desagradable al sujeto y que trae como consecuencia el decremento en la frecuencia de ocurrencia de la conducta.

Se emplea muy a menudo como una manera práctica de controlar una conducta a causa de que produce resultados rápidos. Sin embargo, a menos que el castigo sea extraordinariamente severo, suprime la conducta indeseable sólo en forma temporal. Cuando la persona que castiga se ausenta, la conducta que queremos suprimir reaparece.

El castigo suele tener efectos indeseables como:

- Conducta emocional severa.
- Sudoración.
- Aumento de palpitaciones.
- Angustia, etc.

Estos efectos pueden interferir con un programa destinado a establecer conducta deseable; por lo que su uso es aconsejable cuando se trate de conductas que pueden dañar a la persona (auto-destructivas), o cuando se han empleado otras técnicas sin obtener resultados.

Existe una forma de castigo suavizado que consiste en quitar al sujeto

un evento agradable inmediatamente que el sujeto emita la conducta indeseable. A esto se le conoce como "Costo de Respuesta", ejemplo: no permitir a un niño ver la televisión (reforzador) cada vez que se pelee con sus hermanos.

TIEMPO FUERA O AISLAMIENTO. - Esta técnica consiste en sacar al sujeto del escenario en donde está ocurriendo la conducta problema y de alguna forma lo que hacemos es aislarlo. Al retirar al sujeto, estamos eliminando -- los estímulos o eventos agradables que mantienen la conducta.

#### TECNICAS BASICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA:

MODELAJE DE LA CONDUCTA. - Por definición el modelaje de la conducta es el procedimiento que lentamente desarrolla la conducta por el reforzamiento exitoso y aproximaciones de la conducta deseada hasta que esta se realiza.

Una técnica de modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad. El moldeo de la conducta puede ser visto como una forma de modificación de la conducta porque es usado para alterar el comportamiento.

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres finalidades -- que son las siguientes:

- a) Adquirir una nueva conducta.
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo.
- c) Obtener la atención del paciente.

El paciente se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo, -- filmado o simbólico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las tres formas.

Adelston llevó a la práctica un estudio en el cual se demostró que -- gracias al film se pueden lograr cambios en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas. (5)

Sawtel explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta - aprovechando su susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de - técnicas como la ya mencionada, modificación de conducta etc., que provocan la estimulación cooperativa del niño así como el mejoramiento de la higiene bucal en el futuro. Todas estas técnicas serán empleadas en el momento en que el paciente entra al consultorio con un comportamiento inadecuado. (31)

Melamed y Col. al llevar a la práctica experimentos con dos grupos de niños, observaron que los que vieron el videotape adquirieron una conducta menos temerosa durante su tratamiento dental en comparación con los otros - niños que no lo vieron. (26)

La técnica es usada en niños que demuestran suficiente cooperación pa\_ ra establecer comunicación. Con otros cuya conducta es negativa, un nivel razonable de cooperación debe ser establecido antes de usarla.

Para llevar a cabo la técnica con un modelo, se deberán elegir de pre\_ ferencia niños de la misma edad y sexo.

METODO DECIR MOSTRAR HACER (DMH). - Fué formalizado y desarrollado como una técnica de entrenamiento por Adelston (1959). Utiliza varios concep\_\_ tos de la teoría del aprendizaje y puede ser llamado correctamente moldeo - conductual. (5, 25)

Específicamente, el procedimiento decir-mostrar-hacer es como sigue:

Se deberá explicar al niño cómo y porqué se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto; como el sillón dental, la lámpara, la - pieza de mano, el espejo, etc., así como el aparato de rayos X. Los mate\_\_ riales que se empleen dentro de la boca tales como restauraciones con amal\_



gama, coronas de acero, policarbonato, sellador de fisuras, etc., deberán ser explicados detalladamente evitando el empleo de palabras completamente desconocidas para él. (4, 5, 6)

El dentista le explica al niño los procedimientos que se realizarán en un lenguaje que entienda, esto se hace tan lentamente como sea posible, en un lenguaje claro, de acuerdo a su edad, con tantas repeticiones como sean necesarias, hasta que el niño esté consciente de cual es el procedimiento a seguir, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado o que pudiera provocar temor o desconfianza. Después el dentista le muestra al niño cómo llevará a cabo el procedimiento demostrándolo en él mismo o en un objeto inanimado, para estar seguro de que la comprensión es completa. Después sin desviarse de la explicación o demostración el doctor procede directamente a efectuar la operación.

Cuando se está mostrando al niño, el odontopediatra debe estar completamente consciente de su papel como transmisor. Los movimientos rápidos, ruidosos e inesperados deben ser evitados, ya que estos factores pueden interrumpir la armonía. El manejo de un instrumento delante del niño sin que lo toque él o dejarlo sentir sólo la vibración, permite extinguir la asociación entre ruido, vibración, dolor y por consiguiente conducta indeseable. Esta es una técnica de desensibilización, o como a veces es llamado, acercamiento por aproximación progresiva.

El método DMH puede ser usado en pequeños que no han sido precondicionados en una consulta previa. Puede ser usado en un niño que está temeroso por alguna consulta dolorosa anterior en otro consultorio dental, y también puede usarse en un niño que debido a la información recibida de sus padres o compañeros, es aprensivo. El niño que visita al dentista por primera vez experimenta el modelaje de su conducta. Por aproximaciones sucesivas y mol

deando una conducta apropiada, el dentista dirige al niño paso por paso. Esta debe culminar en la obtención de un niño cooperativo.

Cuando el niño responde positivamente a una sugerencia se le refuerza con una sonrisa o una variedad de sonidos de aprobación (reforzadores verbales sociales), por ejem. "correcto", "muy bien" o "magnífico". La mayoría de los reforzamientos de la vida diaria son sociales por naturaleza. Una sonrisa refuerza la conducta porque la persona que sonríe es más propensa a dar otros reforzamientos subsecuentes, que otra que no lo hace (Ferster, -- 1964). Aún un niño pequeño comprende este acto. El niño que asiste a su primera consulta, generalmente siente o no ansiedad que desaparece con este método. (15)

Durante todo el procedimiento se le dan refuerzos verbales, sonrisas, comentarios de aprobación y otras indicaciones de que él lo está haciendo bien; se le pueden dar palmadas en las mejillas e incluso besarlo en caso de que sea un niño pequeño. Estos reforzadores deben darse inmediatamente después de que la respuesta deseada se obtuvo, si se dan antes puede resultar una respuesta impropia.

El valor de la recompensa social inmediata debe remarcar. La animación inmediata al niño en cualquier aspecto de su conducta que nos gustaría reforzar, debe de ser una parte integral de la conversación en el consultorio. Ginott (1965), sugiere que el elogio debe estar relacionado con los esfuerzos y realizaciones del niño y no con sus atribuciones personales. Así es como una alabanza debe sonar: "Vaya, sí estás cooperando esta vez, no pensé que fueras tan obediente" o "¿Sabes? tú eres el mejor paciente que he tenido en todo el día". Estos comentarios no sólo deben venir del dentista, sino de todo el personal. Los reforzamientos se usan por supuesto, para la conducta aceptable. (15)

La investigación clínica en psicología ha confirmado que el reforzamiento inmediato es más efectivo que las recompensas tardías en el modelaje y modificación de la conducta. Skinner (1953) y Kimble (1961), demostraron la existencia de un gradiente de tiempo. De acuerdo a esto, las reacciones seguidas de un reforzamiento inmediato son mejor aprendidas que aquellas en las que la recompensa demora. Mientras más pronto sea el elogio, mayor será la asociación entre la clave (buena conducta) y la respuesta (aprobación verbal). La conducta deseada se aprenderá más rápidamente. (15)

Las demostraciones de afecto, sin embargo, tienen sus limitaciones. Los niños mayores de 9 ó 10 años han alcanzado un estado de independencia y pueden mantenerse a distancia, se pueden sentir incómodos en esta situación y se pueden ofender con dichas demostraciones.

Nada provoca más miedo o ansiedad que lo desconocido, en la técnica -- decir-mostrar-hacer, se hacen intentos para que no haya desconocimiento.

La técnica DMH trabaja porque elimina el miedo a lo desconocido, pero el factor que realmente la hace efectiva es ser consciente de no herir al niño. A través de los años sin embargo, dicha técnica no se usa como pre-facio a la anestesia local, ya que al enseñar la jeringa y aguja al niño, lo más seguro es que se rompa la relación dentista - paciente.

El uso indicado de anestesia local, obliga al dentista a inyectar sin dolor o lo menos dolorosamente posible. El anestésico tópico debe de aplicarse donde va a ser la punción por lo menos 1 min. antes de hacerlo. Además el niño puede ser distraído con otras cosas, muchos dentistas conversan con ellos en ese momento. Mink y Spedding (1966), sugirieron que el niño no debe ver la jeringa cuando es dirigida a su boca. Muchos niños a la edad de 11 o 12 años no se dan cuenta de que el entumecimiento que sienten es por la inyección. La vista de la aguja puede atemorizar a un niño, no

importa que tan bien adiestrado esté. (15, 35)

PERFECCIONAMIENTO.- Esta técnica es similar a la del moldeo de la conducta, pero existe una diferencia. Los niños que la requieren, entran al consultorio mostrando considerable aprensión o conducta negativa, esta conducta puede ser el resultado de una visita dental previa o del efecto impropio de la orientación familiar o de sus compañeros. Cuando se presenta esta conducta negativa, el dentista debe tener siempre en mente que su objetivo es construir nuevas series de asociación en la mentalidad infantil. Cuando la expectación del niño de ser herido no es reforzada, él aprende un nuevo grupo de expectativas. El dentista ha hecho lo que dijo que haría, se puede confiar en él; este niño desarrolla una nueva percepción de su relación con el consultorio dental, el dentista y la odontología. El niño elimina la conducta inaceptable aprendida previamente y empieza a discriminar entre este consultorio donde la ansiedad y el miedo no son necesariamente compañeros, y el consultorio donde se presentaban.

La elección de las palabras durante el perfeccionamiento es altamente importante, no importa cuán inocuo sea el procedimiento a efectuar.

Si ocurre una respuesta indeseable, ya sea inconsciente o intencional, el operador dirá, "no, no hagas eso", "deja de hacerlo" o algo similar. El sonido de la voz cambia de un tono suave a un tono casi áspero, de fuerte a débil. Azrin, et al. (1963) han demostrado que el castigo leve suprime una respuesta indeseable. (15)

CONTROL DE VOZ.- Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea (13, 29), al dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio en el volumen, firmeza y suavidad de ésta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consulto

rio.

Debemos tener muy en cuenta el evitar las conversaciones monótonas, -- así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice, puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin que medie el entendimiento. El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación (11), que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos de olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño, puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Las ordenes deben ser claras, precisas, en un lenguaje entendible para el paciente, según su edad, sólo una persona, (en este caso el dentista), -- es el que debe darlas.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado.

Concluyendo, el dentista debe de modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento, de acuerdo al caso. (11, 13, 14)

CONDICIONAMIENTO AVERSIVO O RESTRICTIVO.- La mayoría de los odontopediatras, usan algunas restricciones en un momento u otro. Específicamente, empujar la mano del niño hacia abajo cuando él la sube inadvertida o intencionalmente interfiriendo con el tratamiento, o sentarlo por la fuerza en el sillón para obtener una actitud "sin tonterías", son formas de restric\_

cion. Los métodos usados dependen de la severidad e inmediación del problema dental, las razones de la conducta del niño y la naturaleza de la conducta demostrada.

La severidad de estas medidas restrictivas incluye el colocar la mano (castigo) sobre la boca del niño para eliminar una respuesta incorrecta en la situación dental. Esta es otra forma de modificación de la conducta; - una vez que el niño se ha calmado, la suspensión del castigo es seguida de palabras de premio (recompensa o reforzamiento).

A través de los años, esta técnica ha adquirido varios nombres, - - - Kramer (1973) se refirió a ella como "aversión" porque es usada para detener o desviar un tipo indeseable de conducta. También ha sido llamada "terapia de sorpresa emocional" (Lampshire, 1970), en un videotape de Wright y Feasby (1972) se conocía como "disciplina restrictiva". Recientemente - - Levitas (1974) uso el vocablo EMSB (ejercicio mano sobre boca). (15)

Más comúnmente esta técnica es conocida como MANO SOBRE BOCA.

Existe un acuerdo general de que esta técnica es una manera plausible del manejo conductual para el niño que despliega un comportamiento incontratable (Mc Bride, 1945; Brauer et al., 1964; Craig, 1972; Levitas 1974; Finn, 1973). Esta forma de conducta crea una situación donde la comunicación niño dentista es imposible. Controlar a un paciente que presenta este tipo de -- conducta puede requerir técnicas de sedación fuertes o quizá el uso de anestesia general. El condicionamiento aversivo a través de la mano sobre boca, ofrece un método alternativo. Es el método no farmacoterapéutico que se usa como último recurso. (15)

El mayor propósito de esta técnica es ganar control sobre la conducta infantil. Esto permite al dentista establecer comunicación para que se le pueda enseñar al niño respuestas apropiadas.

Antes de aplicar las técnicas, sin embargo, un niño debe haber demostrado una inteligencia normal y capacidad de comprensión, que es lo que se requiere. El condicionamiento aversivo no se usa en niños menores de tres años, quienes carecen de habilidad de comprender su situación y están en el estado precooperativo, el miedo domina su entendimiento y no es posible lograr la comunicación de esta manera. Es más efectiva para niños de 3 a 6 años, esta técnica no se usa en conjunto con sedación. Los niños deben estar completamente conscientes de lo que les rodea cuando su conducta es modificada.

Se utilizará en niños berrinchudos, desafiantes, los cuales están acostumbrados a manejar a sus padres por medio del berrinche.

La técnica consiste en colocar la mano sobre la boca del paciente (12) súbitamente y en ese momento tratar de lograr comunicación con el niño. No se debe emplear en niños muy aprensivos o en experiencias dentales negativas.

Es muy importante que el dentista mantenga su control, no se exalte y sobre todo que no proyecte su problemática personal.

Controversia sobre Condicionamiento Aversivo.- Siempre que la técnica mano sobre boca ha sido discutida o demostrada en el pasado, ha habido fuerte oposición en su aplicación en el medio ambiente dental. Las discusiones generalmente se han centrado en dos puntos principales. Uno de ellos es la aparente crueldad de la técnica, que ha hecho a algunos dentistas refrenarse en su uso.

El segundo punto es legal. Sin embargo, cuando se hace una breve explicación de su uso a uno de los padres, no debe ser un problema.

Levitas (1974), ha sugerido que a menudo el dentista puede predecir los problemas de conducta incontrolable y cuando esta predicción se hace la

técnica de manejo de conducta puede ser discutida con prioridad con los pa\_\_dres. (15)

Finn (1957) ha establecido que antes de aplicar la mano sobre la boca, se deben utilizar otros caminos para establecer la comunicación. Cuando es\_\_to ha fallado y la conducta del niño permanece incontrolable, se aplica la -técnica; por lo tanto, el dentista debe conocer profundamente sus objetivos y acciones.

El control bajo estas circunstancias debe ser observado desde dos pun\_\_tos de vista. El operador debe controlar la conducta infantil. Este es el énfasis explícito que entienden los practicantes de esta técnica. Sin embar\_\_go, el significado implícito del control, es un completo dominio de las pro\_\_pias emociones del dentista. Esto puede ser particularmente difícil varios minutos después de pataleos, gritos o peleas. A pesar de esto, el dentista debe controlar su respuesta. No se debe enojar o expresar su fastidio al ni\_\_ño (Finn 1957; Mc Donald, 1963). Su actitud debe ser lo menos emocional que sea posible, casi prosaico, si fracasa el control de sus emociones, puede re\_\_sultar en un manejo impropio y no obtener su propósito. Los niños pueden --sentir el enojo y fastidio del operador y cualquier ventaja obtenida por el control físico, se pierde, con la subsecuente pérdida de la relación. (15)

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA Y NARIZ.- Es una de las técnicas que posee más controversias en cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil.

La técnica según Levitas es como sigue:

Se coloca la mano sobre la boca del paciente, cubriendo la nariz, (10), con la cara cerca de la suya se le dice directamente al oído "si quieres que retire mi mano deberás dejar de llorar y escucharme, sólo quiero ver tus ---dientes". Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se añade "¿estás listo para que quite mi mano?". Si el niño asiente con la cabeza,



se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo esto, el niño continúa - - gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado.

Mientras el niño se repone, se entablará una conversación con el objeto de distraer su atención , hablándole acerca de temas completamente ajenos a su conducta o al consultorio.

Una vez realizado el tratamiento de esta cita y antes de que el niño - salga del consultorio, se le pedirá que haga dos favores; uno que se le - - quiere ver otra vez y el otro que les diga a sus padres que se ha portado - bien.

Varios autores dan su opinión al respecto:

- Mc. Gregor (10, 30 ), es el primero en manifestar su desacuerdo hacia la técnica mencionada, describiéndola como anticientífica.

- Davis y King sugiere que es un tratamiento tan drástico que podría - llegar a ocasionar un trauma psicológico teniendo como resultado terrores - nocturnos y un resentimiento perdurable en el niño.

- Sweet, considera que la técnica no es necesaria ya que contamos con métodos modernos de premedicación.

- Lauterstein nos dice que estas opiniones son preconcebidas y que es preferible observar la habilidad del dentista para su uso.

- Finn, establece que es una medida extrema y sólo deberá emplearse - como último recurso, opina que no es factible provocar un trauma psicológico , ni tampoco afectar el comportamiento del niño en citas subsecuentes.

- Wilson, (30), señala que la nariz del niño puede cubrirse con la ma no hasta que realmente necesite aire, estando de acuerdo en que es una - - medida extrema y que su empleo es justificable en casos especiales.

- Chamber establece que además de lograr la protección de posibles --

golpes por parte del niño, tanto al dentista como a su asistente, se le hará tomar conciencia de que su estrategia no sirve en un momento dado.

Se enfatiza que la técnica nunca deberá de ser empleada como un castigo y que se llevará a la práctica en niños saludables y mayores de 3 años, - contraindicándose en niños con retraso mental o problemas psicológicos. Su aplicación no es recomendable en conjunción con medicación sedativa previa.

Los tipos de conducta no deseados indican el empleo de este procedimiento en los siguientes casos: Histeria, berrinche, desaffo, descontrol emocional importante. (10)

Hay acuerdos generales que nos indican que esta técnica da lugar a que la relación paciente-dentista resulte imposible.

El objetivo principal de esta técnica es obtener el control del paciente para que nos preste atención y nos escuche, estableciendo así una comunicación, objetivo que puede lograrse al modular el tono de voz con autoridad, haciéndole entender que es el especialista quien realizará el trabajo y que es el único que determinará cuando se hará.

Levitas ha sugerido que las dificultades a menudo pueden producir problemas de conducta, por lo que la técnica puede ser discutida por anticipado con los padres, los cuales antes del tratamiento llenan, firman y dan su --- consentimiento para que se proceda a realizar todos los servicios dentales - necesarios.

Queda establecido que antes de aplicar la mencionada técnica, todos -- los medios para establecer comunicación deben de haber sido agotados. Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continúa - sin control, se hará uso de ella. El dentista debe de controlar bien sus -- emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo impropio de su -- conducta, malográndose de este modo los propósitos del odontopediatra.

## B I B L I O G R A F I A

- 3 Bijou, S. W. y Ribes, I. E. "Modificación de conducta Problemas y - - - Extensiones". México: Ed. Trillas, 1972.
- 4 Chambers, David W. "Behavior Managemen Techniques for Pediatric Den- -  
tist an Embarrassment of Riches". J. Dent Child, Vol 44 Pags 30-34, - -  
January-February 1977.
- 5 Chambers, David W. "Managing the Anxieties of Young Dental Patiens" J.  
Dent Child, Vol. 37: Pags 363-370, September-October 1970.
- 6 Eichenbaum, Irving W. "Triad of Concern". J. Dent Child, Vol 44: Pags  
194-201, May-June 1977.
- 9 Gale, Elliot N. and Ayer, Williams. "Treatment of Dental Phobias". - -  
J.A.D.A., Vol 78: Pags 1304-1307, June 1969.
- 10 Gardon D. A. "The use of Modeling and Desensitization in the Treatment  
of Phobic Child Patient". J. Dent Child, Vol 41: Pags 102-105, March-  
April 1974.
- 11 Gershen, Jay A. "Maternal Influence on the Behavior Pattern of Children  
the Dental Situation". J. Dent Child, Vol 43: Pags 28 - 32, January- -  
February 1976.
- 12 Graig, W. "Hand Over Mouth Technique". J. Child, Vol 38: Pags 387-389,  
November-December 1971.
- 13 Hill, Frederick and O'Mullane, Denis. "A Preventive Programe for the -  
Dental Management of Frightened Children". J. Dent Child, Vol 43: - -  
Pags 30-34, September - October 1976.

- 14 Johnson, Ronald and Machen, Bernard J. "Behavior Modification Technique and Maternal Anxiety". J. Dent Child, Pags 20 - 24, July-Augost, 1973.
- 15 Lenchner, Victor and Wright, Gerald Z. "Nonpharmacotherapeutic Approaches to Behavior Management". Behavior Management in Dentistry for Children; W. B. Saunders Co Philadelphia, Chapter Five; Pags 91-113, 1975.
- 21 Paterson, John R.; Pinkham, Jimmy R.; Willard, Derek, H. and Kerber -- Paul E. "Facial Expressions and Their Significance in Pedodontics". Pediatric Dentistry. Vol 2, Pags 97 - 104, January 1980.
- 23 Ripa, Louis W. "Management of Dental Behavior in Children". P. S. G. Publishing Company; Massachusetts, 1979.
- 25 Rosenberg, Howard M. "Modification for the Child Dental Patient". J. Dent Child, Vol 41: Pags 31 - 34, March - April 1974.
- 26 Sallow, J. N. and Jones, Janet. "The Effect of Enviroment a Child's - Reaction to Dentistry". J. Dent Child, Vol 42: Pags 42 - 44, July August 1975.
- 29 Sawtell, R. Simon J. R. "The Effects of five Preoperator Methods Upon Child Behavior During The First Dental Visit". Journal Dental for --- Child, Vol 41: Pags 367 - 375, September - October 1974.
- 30 Sinney, B. Finn. "Odontologfa Pediatrica". 4a Edición. Editorial -- Interamericana; México 1977.
- 31 Watson, H. Ernest and Lowrey, H. George. "Growth and Development of

Children". Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago Illinois 1971.

- 35 Wright, Gerald; Alpern, Gerald and Leake, James. "The Modificability of Maternal Anxiety as it Relates To Children's Cooperative Dental --- Behavior". J. Dent Child, Vol 41: Pags 13 - 18, July - August 1973.

**CAPITULO V**

***Manejo Farmacoterapéutico de  
la Conducta***

## MANEJO FARMACOTERAPEUTICO DE LA CONDUCTA

Una filosofía importante del enfoque farmacológico es: El dentista debe limitarse a unos cuantos fármacos de tal manera que pueda maximizar su experiencia con estos fármacos y especializarse en ellos. La mayoría de los dentistas se limitan a unos cuantos de estos para el manejo de la conducta de sus pacientes infantiles.

Los fármacos no son substitutos del criterio no farmacoterapéutico en el manejo de la conducta. Es decir, los fármacos son auxiliares que pueden ayudar al dentista en el cuidado de los pacientes infantiles más difíciles.

### OBSERVACIONES:

En 1973, fué realizado un estudio para determinar los criterios farmacológicos actuales del manejo de la conducta infantil en odontopediatría (Wright y Mc Aulay, 1973). (34)

Los odontopediatras que tenían un postgrado hospitalario usaban más fármacos para sedar a sus pacientes que los odontopediatras sin una amplia experiencia hospitalaria. Los programas de postgrado que incluyen adiestramiento hospitalario en anestesiología, generalmente proporcionan una mayor experiencia en el monitoreo de signos vitales y de las fluctuaciones normales del pulso y respiración que acompañan la medicación. Esta experiencia clínica ayuda al odontopediatra a ganar confianza en mantener bien ventiladas las vías aéreas, y la administración de otras medidas de emergencia apropiadas.

El practicante que no ha tenido la oportunidad de un adiestramiento en terapia intensiva ya sea que no se haya graduado, que sea de postgrado o que esté dentro de un programa de educación debe de estar consciente de sus limitaciones. Cuando él selecciona fármacos para la sedación, debe conocer sus efectos, sus desventajas y sus ventajas. Antes de iniciar un tratamien

to, él debe de estar completamente familiarizado con las demandas de esa modalidad de tratamiento.

#### SELECCION DE FARMACOS Y RUTA DE ADMINISTRACION:

Las decisiones concernientes al tipo de droga que será usada y la elección de la ruta de administración, quizá sea hecha en base a la conducta -- cooperativa del niño. Los niños pueden ser colocados en una de las dos --- siguientes categorías: (34)

1. - Niños que necesitan premedicación preventiva.
2. - Niños que necesitan premedicación para el manejo de su conducta.

Los niños que necesitan premedicación preventiva tienen respuestas --- anormales o están demasiado tensos ante una situación dental. Exhiben varias formas de conducta; el niño quizá sea cooperativo en la operación dental, pero tiene una baja tolerancia a las manipulaciones necesarias para su tratamiento. El niño tímido es un excelente ejemplo de esto, él cooperará mientras el dentista toma radiografías, sin embargo su conducta puede convertirse en eruptiva con los procedimientos subsecuentes si es que es manejado incorrectamente. La medicación preventiva es una de las indicaciones en este niño potencialmente cooperativo.

El uso de agentes farmacológicos no está restringido a pacientes jóvenes. También en los niños mayores se pueden llevar a cabo estos procedimientos.

La segunda categorización de niños para el uso de drogas incluye aquellos que necesitan premedicación para el manejo de su conducta. Ellos no pueden controlar su conducta en el consultorio dental. Estos niños fueron descritos con una habilidad de cooperación disminuida, pueden ser mentalmente retardados, emocionalmente disturbados o tan pequeños que la comunicación entre dentista y niño es imposible. Algunos de estos niños quizá re



quieran tratamiento en el hospital, pero muchos podrán ser atendidos en el consultorio privado.

Los niños muy pequeños pueden ser categorizados como de los que necesitan medicación. Varias preguntas pueden ser hechas a los padres de los niños pequeños, lo cual alertará al dentista de un probable manejo de conducta. Estas preguntas pueden ser:

¿Cómo se comporta el niño en el consultorio del médico?.

Si el niño se altera en el consultorio del médico se podría esperar - que él tendrá una conducta difícil en el consultorio del dentista.

¿Alguna vez ha estado el niño en un hospital?.

Una experiencia hospitalaria frecuentemente causa que el niño sea más aprensivo en el consultorio dental.

¿El niño toma alguna siesta?.

Si un niño de 2 ó 3 años no toma una siesta, el dentista deberá esperar que el niño sea muy activo y que quizá requiera de una mayor dosis de fármaco para controlar su conducta en el consultorio dental.

¿Qué tan tarde se duerme el niño?.

Un niño preescolar que duerme lo mismo que sus padres quizá sea más -- activo o quizá no responda a la disciplina.

¿Está el niño adiestrado a asearse?.

Si un niño de dos años y medio no se asea, el niño quizá represente problemas de conducta en el consultorio.

¿Tiene el niño una fuerte voluntad?.

Un niño desafiante puede combatir y gritar en el consultorio dental y resistirse a los efectos de la medicación.

Cuando se trata con pacientes de 2 ó 3 años, alrededor del 40% de aquellos medicados para su manejo, pueden llorar intermitentemente mientras son

tratados. Los padres pueden ser advertidos de que la medicación puede no ser tan efectiva como nos gustaría. Algunos dentistas están de acuerdo en que será de ayuda citar al niño a la hora de la siesta. El día de la cita el niño se deberá de levantar temprano y procurar que se mantenga activo durante todo el día hasta la cita. El niño puede ser traído al dentista en pijama o con su juguete favorito. Esto alentará al niño a dormirse durante la cita.

#### RESTRICCIONES:

El médico debe de estar preparado para usar aparatos de restricción -- junto con la medicación. Davis (1974), ha descrito el uso del Pediwrap, sugiriendo que el niño se siente más seguro y más cómodo con una buena sujeción. Otro tipo de aparato de sujeción es el conocido como tabla olímpica de Papoouse. Este aparato utiliza una envoltura para el cuerpo y una tabla, que puede ser colocada en el sillón dental. Es correcto utilizar estos métodos de restricción (sujeción) en los episodios periódicos de resistencia física en los niños sedados que interrumpen el tratamiento. El niño sedado puede reaccionar desfavorablemente, ya sea cuando va a ser transferido al consultorio dental o con la administración de un anestésico local. El uso de sujeción permite completar rápidamente estas actividades, después de las cuales el niño se volverá cooperativo y dócil.

Si el niño no es controlado adecuadamente, aún con sujeción, será considerado candidato para el tratamiento dental bajo anestesia general.

#### ADMINISTRACION ORAL:

Cuando se prescriben agentes de sedación oral la presentación del fármaco debe ser considerada.

La presentación de elixir, deberá ser prescrita a niños pequeños que no pueden deglutir una tableta.

Las tabletas pueden ser usadas para premedicar a los niños mayores, algunas veces pueden aceptar más fácilmente la tableta disuelta o partida en comida o bebida.

El dentista no deberá proporcionar ninguna medicación de su almacén -- sin proporcionar a los padres instrucciones por escrito. La cantidad de -- fármaco y la hora en que debe ser tomado, deberá de ser anotada, una copia de esas instrucciones deberá de ser retenida por el dentista de tal manera que haya un récord detallado de lo que fué indicado.

La administración oral tiene las siguientes ventajas:

1. - El padre puede administrar el medicamento.
2. - El medicamento puede ser dado antes de la cita dental, de tal forma que a la hora de la cita el medicamento habrá alcanzado su nivel de efectividad.
3. - Su administración no produce temor.

Las desventajas son:

1. - Disminuye la movilidad intestinal y estomacal o del contenido alimenticio disminuyendo la absorción del fármaco; de aquí que el efecto pueda ser retardado o prolongado.
2. - El dentista depende de la administración que haga el padre.
3. - El niño puede reaccionar desfavorablemente al sabor u olor del medicamento y de esta manera resistirse a tomarlo.
4. - Muchos medicamentos se reducen en sus efectos cuando son tomados oralmente.

#### ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR:

Es la ruta más adecuada para la medicación en el manejo de la conducta. Algunas veces esta es la única vía de sedación, o quizá sea usada en combinación con otras drogas dadas oralmente. La comedicación oral frecuente

mente es dada antes de la cita.

Cuando se utiliza medicación para el manejo, el niño deberá ser traído al consultorio alrededor de una hora antes de la cita. Su conducta y sus signos vitales, pueden ser registrados por el dentista o su ayudante. Después de la inyección el niño se podrá unir con sus padres en un cuarto donde haya pocas distracciones.

La administración intramuscular proporciona:

- 1) Un efecto más rápido.
- 2) Un efecto sedativo mayor.
- 3) Un efecto de más corta duración que con una dosis oral similar. En 30 ó 45 minutos, el pico de efecto será alcanzado.

Tres sitios son aceptados para la inyección intramuscular: La parte media lateral o anterior del muslo, el cuadrante superior externo del glúteo y el área deltoidea.

Otras rutas de administración.- Algunas drogas que pueden ser usadas para la sedación, se consiguen en supositorios rectales (hidrato de cloral y prometazina). Sin embargo, son muy pocas las ventajas de este método de administración en odontología.

Muchas de las drogas que pueden ser usadas para la sedación de niños, son de administración intravenosa; sin embargo la probabilidad de efectos colaterales se incrementa y la severidad y velocidad con la que ocurren puede ser una contraindicación.

Algunas drogas sedativas pueden ser administradas en forma segura por la submucosa.

Registro de signos vitales.- A pesar de los efectos que muchas drogas tienen sobre el pulso y la respiración, la mayoría de los estudios reportados en la literatura dental no registran los efectos sobre los signos vita

les. Aunque no hay datos precisos para establecer normales clínicas de los signos vitales durante la medicación, el dentista debe monitorear y grabar periódicamente el pulso y la respiración de cada niño que medique. Esto -- proporcionará datos basales para el clínico, para detectar cambios anormales; es particularmente importante cuando se utilizan medicamentos para sedación inyectados.

La responsabilidad del dentista.- Después de encuadrar al niño dentro de una de las dos categorías; medicación preventiva o de manejo, el fármaco apropiado debe ser seleccionado. La selección está basada en un cuidadoso estudio del dentista sobre la dosis, efectos, efectos colaterales y contraindicaciones de cada droga. Por lo tanto el fármaco y la ruta de administración son adecuadas a las necesidades del paciente.

La responsabilidad del dentista en el niño medicado va desde el consultorio hasta la casa donde el niño se haya recuperado totalmente. Los padres deben estar informados y saber que es lo que se espera; un niño puede dormir unas cuantas horas o por más de un día después de ser medicado para el tratamiento dental, algunos niños medicados pueden dormir hasta toda la noche. Los padres deben estar prevenidos acerca de esto.

Frecuentemente es difícil evaluar la habilidad de los padres para arreglarselas con el niño sedado. La evaluación del comportamiento erróneo de los padres del niño es importante en la categorización del niño en medicación preventiva o de manejo. Mientras tratamos al niño, estamos involucrados en el "triángulo del tratamiento odontopediátrico".

#### MEDICAMENTOS EMPLEADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN ODONTOPEDIATRIA COMO - MEDICACION PREOPERATORIA:

##### HIDROXIZINA:

Es uno de los agentes psicosedativos odontopediátricos más populares -

(Wright y Mc Aulay, 1973).

Bennet (1974), clasificó los agentes psicosedativos en dos tipos: Mayores y Menores. Los psicosedativos mayores, son útiles en el tratamiento y manejo de pacientes psicóticos. Los menores son aquellos usados en el tratamiento de ansiedad, temor y aprensión. La hidroxizina es un psicosedativo menor.

Nombre Comercial.- Atarax (Roering) polvo blanco, inodoro, soluble en agua.

Vistaril (Pfizer) sal de pamoato de hidroxizina.

Farmacología.- Sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético, y altamente anticolinérgico.

Por las propiedades antes enunciadas puede ser usada como premedicación única en el paciente infantil. Puede ser útil como un auxiliar sedativo o como una droga hipnótica o anestésica, permitiendo una reducción en la dosis efectiva de esos agentes

Efectos.- Se absorbe en el tracto gastrointestinal, sus efectos se manifiestan a los 30 minutos. El pico de efectividad es aproximadamente a las dos horas de administración oral; el efecto generalmente desaparece después de seis horas de la administración oral o intramuscular. Es modificada o degradada completamente por el hígado y excretada en cantidades significativas por la orina.

Efectos Colaterales y Precauciones.- La incidencia de efectos no deseados parece ser baja. El efecto colateral más común es la transitoria somnolencia o lasitud; sin embargo no induce a un verdadero sueño, en la práctica odontopediátrica los efectos colaterales podrían ser deseables. El efecto físico, puede ser descrito como un estado de paz mental y estabilidad emocional. En algunos pacientes se ha observado somnolencia prolongada, pe

ro este efecto es transitorio. Una posible resequedad de la boca puede ser observada (Roberts, 1959; Bailenson, 1972). Esto por supuesto puede ser -- beneficio durante el tratamiento dental.

Indicaciones.- Es útil con niños muy ansiosos, tímidos o con una voluntad muy fuerte. Es más efectiva cuando se usa en niños pequeños y preescolares. Es también usada en el manejo de la ansiedad asociada con enfermedad cardíaca y problemas de conducta en niños con lesiones cerebrales. Es benéfica en el tratamiento de niños hiperactivos y autistas.

Por lo tanto en general puede ser dicho que la hidroxizina es el medicamento más útil en aliviar las manifestaciones de ansiedad y tensión en situaciones en que el stress sea temporal, tal como sucede en la situación -- dental. Es recomendada como medicamento inicial, frecuentemente como un medicamento preventivo en un programa de sedación precooperativa para el niño aprensivo. En dosis adecuadas puede o no combatir la no cooperatividad en el momento de la inyección, pero minimizará el problema en la mente del niño.

Disponibilidad.- 1) Hidroxizina Atarax

a) Tabletas pequeñas de color:

Naranja.- 10 mg.

Verde.- 25 mg.

Amarillo.- 50 mg.

b) Jarabe.- 10 mg. por 5 cc.

c) Parenteral.

2) Pamoato de Hidroxizina Vistaril

a) Cápsulas:

2 verdes.- 25 mg.

Verde y blanca.- 50 mg.

Verde y gris.- 100 mg.

b) Suspensión oral.- 25 mg. por 5 cc.

Dosis.- Los horarios y dosis de la administración oral han variado ampliamente en los reportes clínicos. Han estandarizado la toma oral de 20 a 30 mg. 45 minutos antes de la cita dental, hasta 50 mg. una hora antes. Se recomienda que dosis fragmentadas de hidroxizina sean administradas para lograr un nivel sanguíneo estable y efectivo. Las siguientes dosis y horarios son recomendados:

A los niños aprensivos y ansiosos se les puede dar vistaril o atarax - 50 mg. dos horas antes de la cita y luego repetir la dosis una hora antes.

Para los niños muy ansiosos, hiperquínéticos o emocionalmente alterados, - 25 mg. a la hora de acostarse un día antes de la cita y después 50 mg. dos horas antes y otros 50 mg. una hora antes de la cita. Se debe recordar que estas altas dosis son para casos poco frecuentes y ha sido demostrado un amplio margen de seguridad; por esta razón el peso y la edad no son usados como factores fundamentales cuando se determinan las dosis. En su lugar se le da gran importancia al estado físico, mental y emocional del paciente.

Hay una variedad de problemas de la conducta que con hidroxizina combinada con otro agente anti-ansiedad o sedativo puede realizar buenos efectos tranquilizantes. Algunas sugerencias de comedificaciones con algunas indicaciones y dosis son las siguientes:

a) Para una operación extensa, procedimientos endodónticos o quirúrgicos, una dosis inicial de meperidina (demerol) 25 mg. es sugerida con 100 mg. de hidroxizina. Ambas son dadas una hora antes del procedimiento ----- (Kopel, 1959). (34)

b) Para un niño muy pequeño que está siendo tratado de una caries de biberón, se administra una hora antes de la cita 25 mg. de vistaril más ---



1000 mg. (15 granos) de hidrato de cloral (noctec). El uso de un aparato de sujeción es recomendado para el control adicional de estos pequeños.

c) Dado que la hidroxizina no es un depresor de la respiración, puede ser utilizada con seguridad para complementar la analgesia del óxido nítrico. Puede ser particularmente útil en la introducción de la analgesia en aquellos niños que tienen miedo o están aprensivos al comienzo del tratamiento dental. La dosis para este propósito deberá ser reducida a 25 o 50 mg. una hora antes de la cita dependiendo del paciente y del grado de ansiedad (Stewart, 1961; Diner, 1968).

En resumen, después de una completa evaluación del paciente infantil - de acuerdo a su edad, peso y estado mental, físico y emocional; la hidroxizina parece ser una droga útil como un agente anti-ansiedad para niños ansiosos con el tratamiento dental.

La hidroxizina también puede ser utilizada con un gran margen de seguridad en combinación con otros agentes anti-ansiedad tales como; sedativos, hipnóticos, óxido nítrico y con narcóticos a dosis reducidas.

#### DIAZEPAM:

En un intento por producir una droga que no fuera necesariamente un anestésico, pero que pudiera reducir la tensión y producir amnesia después de sucesos no placenteros; los investigadores desarrollaron diazepam (Valium)

Inicialmente la droga era distribuida como un anticonvulsivo y como un agente amnésico (Gestaul et. al. 1965; Nutter y Massumi, 1965). La aplicación del diazepam en odontología sin embargo, fué introducida como un agente sedativo intravenoso por Davidau (1967) en Francia y Main (1968) en Escocia. Con el tiempo muchos han investigado acerca de la administración oral e intravenosa del diazepam en la odontología (Hoffmann. La Roche, 1973).

El diazepam actúa sobre el sistema nervioso central.

Nombre Comercial.- Valium (Hoffmann La Roche).

Farmacología.- Sedativo, anti-ansiolítico.

Efectos.- Cuando es administrado parenteralmente, los picos se llevan a cabo a los 15 o 20 minutos; cuando el agente es tomado oralmente, los picos se encuentran en 1 o 2 horas. Algunos restos han sido detectados 14 horas después de una dosis única.

Efectos Colaterales y Precauciones.- Se ha presentado el problema de obstrucción de las rutas aéreas con la lengua cuando se utiliza diazepam intravenoso; de aquí que las medidas de precaución deberán de ser encaminadas a mantener una adecuada y bien ventilada vía aérea, y las medidas de resucitación deben estar a la mano.

Cuando es administrado intravenosamente, debe aplicarse lentamente. -- Aproximadamente 5 mg. por minuto es lo recomendado. La depresión circulatoria y respiratoria puede ser el resultado de una rápida aplicación. Otro problema con la administración intravenosa es la incompatibilidad del valium con otras drogas tales como la meperidina o el pentobarbital (nembutal). El valium no debe ser usado en la misma jeringa con otros medicamentos. De la misma manera, no se debe sumar a fluidos parenterales ya que puede precipitar.

Otros posibles efectos son la somnolencia y la ataxia (la cual puede ser deseable en el tratamiento dental), una hiperexcitabilidad paradójica ha sido observada en los niños pequeños y en los mayores puede ocurrir potenciación sobre el sistema nervioso central con otros depresores. Otro efecto indeseable es una liberación del medicamento aproximadamente 6 horas después de la medicación inicial. Esto es debido a la liberación tardía del fármaco de los depósitos de grasa.

Indicaciones.- El diazepam proporciona buenas condiciones de cooperación y una satisfactoria y útil alternativa de la anestesia general para niños difíciles. Es efectivo administrado oralmente en pacientes aprensivos; el principio de somnolencia y relajación es después de 10 a 15 minutos cuando es administrado oralmente. También da muy buenos resultados con pacientes muy ansiosos.

Se puede concluir que el valium es un efectivo agente sedante. Su efecto anti-ansiedad lo ha hecho popular en pacientes con una bien conocida aprensión. También puede ser utilizado en niños problema.

Cuando se seleccionan pacientes para medicarlos con diazepam, sin embargo, rutinariamente se debe preguntar si está tomando otro medicamento. Como se dijo antes la droga puede potenciar los efectos de otros depresores. Se debe tener cuidados especiales en pacientes con alteraciones cardíacas y en pacientes que sufren alteraciones mentales, espasticidad o sin control mental o alteraciones físicas (Poswillo, 1967).

Disponibilidad.- El diazepam es distribuido a través de todo el mundo con un gran número de nombres comerciales. Sin embargo dado que el valium parece ser el producto más ampliamente usado por la profesión dental, sólo será descrita la disponibilidad del diazepam. El valium se encuentra en las siguientes formas:

Valium Inyectable.- Cada ml. contiene 5 mg. de diazepam. Disponible en ampollitas de 2 ml. y jeringas desechables.

Preparados Orales.- Suspensión: Cada 5 ml. de suspensión roja contiene 5 mg. de diazepam.

Tabletas: Diazepam 2 mg. (blanca Roche 2)  
5 mg. (amarilla Roche 5)  
10 mg. (azul Roche 10)

Administración y Dosis.- La administración oral en dosis fragmentadas da mejores resultados. Se sugieren las siguientes dosis para un efecto ---tranquilizante:

De 1 a 5 años de edad 0.5 mg. cuatro veces por día.

De 6 a 12 años de edad 1 mg. cuatro veces al día.

Estos niveles serán mantenidos el siguiente día prescribiendo una dosis similar una hora antes de la cita.

Efectos sedativos: De 1 a 5 años de edad 4 mg. antes de dormir.

De 6 a 12 años de edad 8 mg. antes de dormir.

La anestesia local es entonces establecida y la operación procede en un paciente consciente y sedado. Conforme pasa el tiempo, la somnolencia -- gradualmente desaparece, pero el paciente se contendrá hasta el fin del procedimiento. No se requiere entubar al paciente ni colocar cánulas porque -- mantiene el total control de sus reflejos. Se recomienda que no se permita al paciente abandonar el consultorio hasta 1 hora después de que ha pasado el efecto. Los pacientes deben ser siempre acompañados por un adulto responsable. Los pacientes mayores deben ser advertidos de no manejar u operar maquinaria por el resto del día.

En resumen, el diazepam puede ser un auxiliar en el manejo del niño. Es más comúnmente usado por vía oral o intravenosa. La ruta intravenosa, -- sin embargo no es recomendada para pacientes pequeños, particularmente aquellos menores de 5 años.

#### PROMETAZINA:

La prometazina es un derivado de las fenotiazinas. Es más comúnmente conocido con el nombre de Fenegan. Pertenece a la familia de drogas estudiadas por sus efectos antihistamínicos, pero ahora más comúnmente usada -- por su efecto antipsicótico.

La prometazina es usada en el tratamiento de las reacciones alérgicas, en el tratamiento de enfermedades del movimiento y como un sedante preoperativo. Además de sus propiedades antihistamínicas se han demostrado muchos efectos hipnóticos y soporíferos.

En 1959, Lamshire fué el primero que usó prometazina como un sedativo preoperativo en odontología infantil. Dado que la prometazina tiene una propiedad antiemética, se ha encontrado que es efectiva en el control de náuseas y vómitos asociada con el uso de meperidina.

Nombre Comercial.- Fenegan (Wyeth)

Farmacología.- Antihistamínico, antipsicótico y antiemético.

Efectos Colaterales y Precauciones.- La prometazina es una sustancia que disminuye la potenciación de los depresores del sistema nervioso central. Incrementos menores y medianos en la presión sanguínea han sido reportados con el uso de prometazina. Se ha reportado hiperexcitabilidad y mareos en niños que han recibido una dosis única de 75 a 125 mg.

Un niño pequeño medicado quizá exhiba movimientos raros mientras está durmiendo después de la cita dental. Se les debe explicar a los padres que estos movimientos no son convulsiones. Un niño medicado con prometazina quizá puede alucinar hasta el punto de no reconocer a la gente o a los sujetos. Los síntomas pasan en unas cuantas horas. Estas reacciones son muy raras, son hechas en menos de 48 horas y no tiene efectos de larga duración.

Indicaciones.- En niños con aprensión menor.

Disponibilidad.- Oral: Tabletas.- 12.5 mg. 25 mg. y 50 mg.

Elixir.- 6.25 mg. por 5 cc.

Elixir Fortis.- 25 mg. por 5 cc.

Injectable: Ampulas de 1 cc. - 25 mg. por cc (IV o IM)

50 mg. por cc (IM)

Supositorios Rectales: 25 y 50 mg.

Mepergan (Wyeth): 25 mg. de prometazina, 25 mg. de --  
meperidina por cc.

Frascos de 10 cc.

Cartucho de 2 cc.

Dosis y Administración.- Una dosis de 12.5 a 25 mg. ha sido recomendada (Mc Donald, 1974). Esta droga generalmente no es usada como agente único para aquellos niños que han mostrado ansiedad o conducta no controlada. La prometazina se puede combinar con meperidina (demerol), con cloropromazina (toraxina) o con hidrato de cloral, una hora antes de la cita por vfa IM, IV o rectal. (34)

Cuando la prometazina se da oralmente, el dentista está tratando de -- evitar el dolor postoperativo en el sitio de la inyección. Spamer (1973), ha reportado dolor e inflamación en el sitio de la inyección debido a cristalización microscópica en la solución. La prometazina es inestable en la solución inyectable y debe permanecer refrigerada y con un frasco que la -- proteja de la luz.

En resumen, la prometazina no es un agente altamente sedativo. Sus beneficios son derivados de sus otros efectos tales como el antiemético. Se recomienda que si el dentista no ha usado la droga en el pasado, la emplee sola para observar sus efectos y así ganar experiencia con su uso y administración y poder utilizarla posteriormente como comedicamento y otras drogas. (34)

#### HIDRATO DE CLORAL:

Existen dos decisiones que el clínico tiene que hacer cuando usa el -- criterio farmacoterapéutico en el manejo de la conducta. Primero, él debe elegir un anti-ansiedad que sea seguro para el niño. Segundo, determinar --

la dosis para un óptimo efecto de sedación.

Nombre Comercial.- Nocter (Squibb).

Farmacología.- Sedativo, en dosis terapéuticas el agente casi no ha tenido efectos sobre la respiración o la presión arterial. Tiene un pequeño efecto analgésico.

Efectos.- El fármaco es rápidamente absorbido en el tracto gastrointestinal después de la administración oral o rectal.

Efectos Colaterales y Precauciones.- El hidrato de cloral puede potenciar los efectos de los cumarínicos (coagulantes); por lo tanto cuando se administra este medicamento, es necesario reducir los cumarínicos. Debido a esto, un monitoreo constante del tiempo de protrombina es esencial.

La toma del elixir en forma oral puede provocar irritación gástrica -- que redundará en náuseas y vómitos en algunas pacientes, debido a esto la droga en esta presentación no debe ser administrada en pacientes con gastritis. Este efecto sin embargo se ve reducido cuando la droga es tomada oralmente en forma de cápsulas. El hidrato de cloral también está contraindicado en personas con daño renal o hepático. Excitación y delirio son raramente encontrados a dosis terapéuticas.

Indicaciones.- El hidrato de cloral actúa rápidamente (20 a 30 min.) - si el paciente no ha tomado alimentos tres o cuatro horas antes de la administración. Tiene un ancho margen de seguridad. Puede ser usado en niños de todas las edades; por medio de un ajuste de la dosis se puede obtener un efecto tranquilizante o sedante, por lo tanto puede ser usada en un amplio rango de problemas de conducta.

Disponibilidad.- Es manufacturado bajo varios nombres comerciales. - Algunas de las formas líquidas tienen un olor un poco desagradable, por lo que el médico debe estar preparado para seleccionar la muestra de la droga

adecuada; si se hace una buena selección el olor de la droga será bien tolerado por el niño.

Se encuentra disponible en varias formas, sin embargo parece ser que el Nocter ha ganado mucho terreno en odontología. Este producto se encuentra tanto en cápsulas como líquido.

Cada cápsula roja de apariencia de gelatina suave o cada 5 ml. de líquido color naranja 0.5 gr. de hidrato de cloral U.S.P. El jarabe contiene 3.5 gr. más 5 ml. de azúcar y se encuentra disponible en botellas de 16 y 80 onzas y frascos de 100 cápsulas.

Dosis y Administración.- Una forma para seleccionar la dosis de hidrato de cloral es la siguiente:

12.5 - 25 kg. (edades de 2 a 4 años) 500 a 750 mg.

25 - 32.5 kg. (edades de 4 a 7 años) 750 a 900 mg.

32.5 - 50 o más kg. (7 años y mayores) 1000 a 1500 mg.

Este método de determinar la dosis parece ser el más simple y apropiado para el consultorio dental.

Generalmente las dosis de las drogas son calculadas en base al peso y edad del niño así como la experiencia del odontólogo. Cuando estos tres factores no son observados puede haber problemas.

El hidrato de cloral puede ser administrado a dosis de 50 mg. por kg. de peso corporal. La dosis máxima es de 1 a 2 gr. según Shirkey y Nelson.

Existen algunos niños especiales para quienes la dosis promedio no es aplicable. Si un niño ha sido sometido por un largo período a una droga depresora o tranquilizante, como en el caso de ciertos niños retrasados mentales o con otra alteración; la dosis normal de una droga sedativa no será efectiva, para lograr una cantidad de efectividad de la droga habrá que incrementar la dosis en 1 1/2 y hasta 2 veces. Si un clínico ha calculado --



que la cantidad requerida de hidrato de cloral excede la dosis máxima (2 gr.) puede dividir la dosis o utilizar una droga alternativa como comedicación.

Como muchas otras drogas, el hidrato de cloral puede ser usado como co medicamento. Puede asociarse con hidroxizina. Recientemente se ha experimentado excelentes efectos sedativos después de la administración oral de hidrato de cloral con anestesia con óxido nitroso. La sedación oral preliminar parece simplificar la administración de óxido nitroso, particularmente si el niño es menor de 5 años.

En resumen, el hidrato de cloral es de acción rápida, tiene un alto nivel de seguridad y deja pocos efectos después de su administración. La droga puede ser usada como agente sedante único o como comedicamento durante el tratamiento de niños con conducta difícil.

#### ALFAPRODINA:

Es un narcótico de acción rápida, ha ganado popularidad como agente en el manejo de la conducta de los niños (Wright y Mc Aulay).

Nombre Comercial.- Tigan (Roche).

Nesentil (Roche).

Farmacología.- Narcótico por vía subcutánea, sedante no profundo.

Efectos.- Cuando se administra subcutáneamente, el efecto se produce en 5 o 10 minutos. La droga es detoxificada en el hígado y su efecto se disipa en 2 horas o menos, de aquí que pueda ser usado ventajosamente en procedimientos dentales cortos.

La acción máxima de la alfaprodina varía con los individuos. Aunque el trabajo generalmente puede empezar después de 10 minutos, se ha notado una disminución de la respuesta después de 1 hora. El inicio del efecto con administración intravenosa se nota en 1 o 2 minutos. Como se puede esperar, el efecto usando esta ruta no es tan largo como con la administra

ción subcutánea, generalmente desaparece en 45 minutos.

Efectos Colaterales y Precauciones.- Debido a la velocidad de la reacción en la administración endovenosa, los efectos colaterales pueden ser -- difíciles de controlar; de aquí que esta vía no es recomendada para los procedimientos dentales de rutina.

Como muchos analgésicos potentes, se sabe que la alfaprodina causa una marcada depresión respiratoria. Debe ser usada con extrema precaución en - pacientes con insuficiencia hepática, depresión del sistema nervioso central severa, mixedema, desórdenes epilépticos, alergias o alguna otra condición que afecte el aparato respiratorio o el sistema cardiovascular.

En adición a la potencial depresión respiratoria, el efecto indeseable más común es el vómito y las náuseas; esta reacción generalmente ocurre al final del tratamiento y hasta que se levanta el paciente.

Los supositorios de Tigan (Roche) controlan este problema pero no po\_\_ tencian el efecto de la alfaprodina. Se administra en supositorios de 200 mg. y la dosis es calculada a 15 mg./kg. al día.

Se han observado otros efectos colaterales. En muchos pacientes que - están profundamente sedados, se han notado movimientos ondulatorios de la - lengua; este efecto es apropiadamente llamado "peristalsis de la lengua".

Indicaciones.- Es muy efectiva para niños entre 3 y 6 años de edad. Es más útil para niños escolares en los que las técnicas no farmacoterapéu\_\_ ticas no han sido exitosas y que demuestran una extremada agitación o una - forma incontrolable de conducta. Puede ser recomendable también para un -- paciente pequeño, aprensivo, que requiere una considerable cantidad de tra\_\_ tamiento o para un procedimiento que demande una cooperación absoluta del - paciente.

El efecto deseado en el pequeño paciente, es la profunda sedación y de

la que puede ser rápidamente despertado. El paciente no debe estar completamente dormido, ya que la droga se usa como coadyuvante en el entrenamiento para la aceptación del tratamiento dental.

Disponibilidad.- La alfaprodina está registrada bajo el nombre comercial de Nisentil (Roche). Se encuentra en concentraciones de 40 mg./ml. y 60 mg./ml. Generalmente se encuentra en ampollitas de 1 ml.

Dosis y administración.- La dosis se calcula a 0.5 mg./lb. Para un niño de 30 libras de peso, la dosis sería de 15 mg. La inyección generalmente se aplica en la región retromolar.

En resumen, la alfaprodina (Nisentil) puede ser un excelente adjunto para obtener un comportamiento cooperativo en el consultorio dental. Está mayormente indicado para los pacientes preescolares. Debido a que es un narcótico de acción rápida con posibles efectos colaterales amenazadores para la vida, el dentista debe estar completamente familiarizado con la droga antes de intentar administrarla.

#### MEPERIDINA:

La meperidina, el primer narcótico sintético, fué introducido en 1939. Es un potente analgésico; es aproximadamente la mitad de efectivo que la morfina y más efectivo que la codeína. Su nombre internacional es petidina.

Nombre Comercial.- Lorfan (Roche)

Narcon (Endo)

Farmacología.- Analgésico potente; narcótico sintético, sedante.

Efectos.- Es deactivada en hígado y completamente metabolizada después de 6 horas de la inyección. Causa midriasis y también puede causar hipotensión postural. Además de sus propiedades analgésicas, también produce sedación y euforia; como resultado la percepción y respuesta psicológica al do

lor es deprimida.

Efectos Colaterales y Precauciones.- Puede causar depresión respiratoria. El efecto máximo ocurre aproximadamente 1 hora después de la inyección intramuscular y es reducido a casi el 50% después de dos horas y media o tres horas y media. Cuando la droga se usa a altas dosis, el niño debe permanecer bajo observación hasta que los efectos depresores hayan pasado.

No debe ser usada en niños con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También debido a que puede aumentar la presión del líquido cefalorraquídeo, la meperidina no se usa en niños con traumatismos en la cabeza o con hipertensión intracraneana. La droga es desactivada en el hígado y por lo tanto no debe ser usada en niños con algún padecimiento hepático.

Uno de los efectos clínicos colaterales más comunes es el mareo; se puede presentar hasta en un 60% de los pacientes. También se puede notar xerostomía o sudoración; puede producir náusea y vómito.

Indicaciones.- Se usa como premedicación; debido a los efectos colaterales indeseables de la meperidina, la mayoría de los odontopediatras tienen a usar la droga como comedimento. El propósito de la comedición es, ya sea aliviar los efectos colaterales o potenciar la acción de la meperidina; la potenciación permite al dentista usar menos narcótico y aún así obtener el efecto sedativo deseado.

Ya que la meperidina es un agente sedativo potente, raramente se usa en niños con aprensiones menores. Es más comúnmente usado en niños con mal comportamiento señalado, es muy efectiva en niños menores de 8 años.

Disponibilidad.- La meperidina puede administrarse intravenosa, intramuscular, subcutánea u oralmente. La administración tisular puede causar irritación en la piel. La inyección intravenosa, no es recomendada por -- Album y Mc Clymond (1965), ya que incrementa la posibilidad de los efectos

colaterales. Por lo tanto, se encuentra principalmente en las formas de administración oral e intramuscular.

Oral.- Tabletas de 50 mg. y Elixir de 5 mg. (con sabor a plátano).

Inyectable.- Frascos multiusos (50 mg. 1 cc.).

Ampolletas de 10 y 30 cc. (50 mg. 1 cc.).

Dosis y administración.- La dosis recomendada de meperidina es 0.5 a 0.8 mg. por libra de peso corporal. Específicamente, los fabricantes recomiendan una dosis de 18 mg. para niños de 3 a 4 años; 25 mg. para niños de 5 a 6 años; 37 mg. para niños de 7 a 8 años y 50 mg. para niños de 9 a 12 años para sedación preoperatoria.

Para tratar la depresión respiratoria que puede ser causada por la meperidina, se pueden usar los siguientes medicamentos:

Naloxona (narcan).

Nalorfina (nalline).

Lorfan.

Estas drogas se encuentran en frascos multiusos y el dentista debe tener uno listo para usar cuando esté administrando la meperidina.

En resumen, la meperidina es un adjunto efectivo en el manejo de la conducta. Está indicada principalmente para niños menores de 8 años que demuestran una conducta incontrolable. Ya que la meperidina es muy potente, no debe ser usada por el dentista hasta que esté familiarizado con la droga y sepa controlar sus efectos colaterales.

#### SEDACION EN NIÑOS POR MEDIO DE INHALACION DE OXIDO NITROSO:

Hace una década, relativamente pocos dentistas usaban la sedación con óxido nitroso en sus pacientes menores; mientras que aproximadamente el 50% de los odontopediatras emplean actualmente esta modalidad en sus prácticas (Wright y Mc Aulay, 1973). (34)

Debido a este reciente aumento de interés lo discutiremos ampliamente.

No mucho después de que Joseph Priestley sintetizó ON (óxido nitroso) en 1772, Sir Humprey Davy reportó las sensaciones placenteras y raras subsecuentes a la inhalación de ON. Más tarde, él unió la odontología con los eventos del ON cuando reportó la suspensión del dolor que le causaba una muela después de la inhalación de este gas. Sir Davy llegó a sugerir que la euforia asociada a la inhalación de ON, sería de gran beneficio en la práctica odontológica. Algunos dentistas siguieron este consejo y a mediados del siglo XIX, llevaron a cabo el uso del gas en la práctica (Langa, 1968).

Hasta que un cirujano en Chicago, Edmund W. Andres, reportó en 1868 que la dilución de ON en 20% de Oxígeno extendía el tiempo de anestesia para operaciones más largas. Antes de empezar este siglo, un número limitado de dentistas estaban empezando a usar ON y Oxígeno para preparaciones bucales.

Durante la primera mitad del siglo XX, sin embargo, el interés primordial del ON eran sus propiedades analgésicas (Langa, 1968). Los consultorios dentales dependieron del ON para el control del dolor hasta la introducción de la anestesia local.

Ya que la actitud prevalente entre los dentistas en los inicios del siglo XX, era de que los niños no eran pacientes comunes, pocas referencias han sugerido el uso de ON para los pacientes odontopediátricos. Sin embargo en 1925, John S. Lundy, describió el uso de ON como agente de inducción para preparar a los niños para una extracción. Después de algunas aspiraciones de 80% de ON y 20% de Oxígeno a través de una máscara, la combinación de gases era sustituida por 75% de etileno, 20% de  $O_2$  y 5% de  $CO_2$ .

Poco después, Leonard N. Ray, reconoció que muchos niños le tenían pa

vor al sólo pensamiento del dentista y de las extracciones dentales (1929). El también avocó el uso de ON, pero iniciaba la inducción con 90% de ON y -10% de  $O_2$  durante 30 segundos. Después de la inducción el  $O_2$  era disminuído a 7% y el ON era incrementado a 93% durante todo el procedimiento. Ray utilizó el ON en unión con el manejo de la conducta; la sugestión, demostración y el ánimo eran necesarios para que el niño aceptara la máscara.

Aunque la odontopediatría no era una especialidad en 1933, Rister discutió el uso de ON con  $O_2$  en niños. Primeramente describió su beneficio como anestésico para extracciones, pero también presentó dos casos de preparación bucal en caso de pulpotomía.

En 1972, Amian reportó sus 15 años de experiencia en el uso de ON e indicó que la anestesia con este gas era usada rutinariamente para la preparación bucal en niños. También notó que el estado eufórico era un mayor beneficio para los pacientes. El encontró que en más de 50 000 aplicaciones, -generalmente usando 60% de ON y 40% de  $O_2$ , proporcionaba una analgesia adecuada para la preparación bucal. Recientemente Sorenson y Roth (1973), enfatizaron el valor de la sedación por inhalación para reducir los temores de los niños, particularmente el temor a las inyecciones. (34)

En la odontología moderna, los niños no experimentan dolor físico real a menudo. Sin embargo, muchos procedimientos son menos que agradables. Desafortunadamente, los niños generalmente no reconocen lo gris, sólo la polaridad de lo blanco y negro; duele o no duele. Como resultado, incomodidades menores pueden engrandecerse y ser interpretadas como dolor. Algunos niños, pueden fatigarse cuando se les pide que se sienten por un periodo de tiempo mayor.

Los dentistas pueden ayudar a los niños que están experimentando dolor o fatiga diciendo: "Supongo que estás cansado" o "Me imagino que esto te -

molesta un poco". La sugestión puede reducir la ansiedad. El niño puede percibir dolor como antes, pero la reacción al dolor será considerablemente menor. La sugestión tiene un efecto similar al de los placebos, que se piensa que reducen el dolor al reducir la ansiedad.

La odontología tiende a crear ansiedad en los individuos. Un adulto maduro tiene un control psicológico estable para mantener sus emociones intactas durante situaciones stressantes y para prevenir arranques. El tiene miedo y ansiedad como un niño, pero son contenidos por sus experiencias previas. El niño carece de las experiencias fisiológicas y psicológicas de un adulto, sufre una sobrecarga emocional cuando se le coloca en una situación de ansiedad o de stress. Debido a su falta de experiencia, el niño se deja llevar por sus sentimientos primarios; este arranque o reacción emocional a la ansiedad o al stress es generalmente en forma de pelea. Los niños que reaccionan de esta forma, pueden necesitar algo para ayudarlos a controlar sus emociones cuando se enfrentan a una situación dental. El uso de ON puede ayudar a muchos niños a aprender a enfrentarse al ambiente stressante.

Las emociones y el umbral del dolor están interrelacionados. Cuando un niño está temeroso, ansioso o aprensivo, tiene un menor umbral para el dolor. Cosas menores pueden molestarlo e irritarlo. Si disminuir el dolor durante el tratamiento es uno de los objetivos; entonces, se debe dirigir la atención a disminuir el nivel de ansiedad del paciente. Cuando la sedación con ON elimina o reduce el miedo, la aprensión o la ansiedad; aumenta la reacción contra el umbral del dolor y reduce la fatiga. Las concentraciones de 20 a 60% han demostrado ser altamente efectivas para este propósito.

#### ANALGESIA Y ANESTESIA:

El término analgesia, que se define como un estado de supresión del do



lor sin pérdida de la conciencia, quizá fué empleado por primera vez por -- los precursores que describían sus experiencias clínicas con el ON. Uno de los clínicos más destacados en el campo de la analgesia y anestesia con ON fué el doctor E. I. McKesson. Comprendió que las etapas clásicas de la --- anestesia con éter descritas por Guedel no podían aplicarse a la anestesia con ON; por lo tanto, formuló los signos de la anestesia, basándose en las reacciones musculares que presenta el paciente bajo la influencia de anestesia con ON y  $O_2$ . La clasificación de McKesson aparece en la tabla 5.1. -- (28)

**ANALGESIA.** - La analgesia se define como diversos grados de alivio del dolor en estado consciente. En la analgesia sostenida, McKesson sugiere -- que estos son síntomas subjetivos que dependen de la profundidad de la sedación, la actitud mental del paciente y la técnica de administración. Al profundizarse la analgesia, la sensación de dolor puede perderse; sin embargo, el sentido del tacto no siempre es afectado. La extracción de un diente, - la incisión con un bisturí y la eliminación de la pulpa dentaria puede provocar dolor. Las etapas de analgesia han sido llamadas analgesia anestésica y amnalgesia. (28)

**ETAPA DE LA EXITACION.** - En esta etapa, el paciente pierde la conciencia y es liberado el centro de inhibición, produciendo así manifestaciones de reflejos exagerados. McKesson sugiere la utilización de sedantes hipnóticos para premedicación, disminuyendo así estas manifestaciones.

**ANESTESIA QUIRURGICA.** - El paciente está inconsciente, existen reacciones musculares. Estas reacciones musculares fueron llamadas por McKesson - reflejos de las tres R: reflejos-anestesia quirúrgica leve; relajación-anestesia quirúrgica normal; rigidez-anestesia quirúrgica profunda.

En la etapa quirúrgica de la anestesia, McKesson también describe la -

T A B L A 5.1

CLASIFICACION DE McKESSON PARA LAS ETAPAS DE OXIDO NITROSO (28)

ETAPA	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	REACCION AL DOLOR	MOVIMIENTOS MUSCULARES	PATRON RESPIRATORIO
ANALGESIA	Paciente está consciente.	Preparación de cavidades - dolor leve.	Reflejos de protección presentes.	Ritmo y frecuencia normales.
EXITACION	Paciente está inconsciente.	Dolor es eliminado progresivamente.	Se presentan reflejos exagerados.	Aumento en el ritmo y la frecuencia.
QUIRURGICA	Paciente está inconsciente.	Dolor es eliminado.	"Tres R"	
ANESTESIA LIGERA			Movimiento reflejo de músculo.	Inspiración y aspiración iguales.
ANESTESIA QUIRURGICA NORMAL			Relajación de músculos.	Ritmo y frecuencia regulares.
ANESTESIA QUIRURGICA PROFUNDA			Rigidez muscular.	La frecuencia aumenta posteriormente, respiración difícil, ritmo irregular.

respiración, postura y posición ocular, pulso, presión arterial, color de la piel y la sangre. (28)

El niño que está bajo sedación con ON, se ha descrito que está en "animación suspendida" (Langa, 1968). El cuerpo del niño no se mueve, su cabeza y extremidades permanecen relajadas. Se eliminan los movimientos espontáneos comúnmente asociados a los niños. El niño está en un estado relajado. Bajo estas circunstancias, el dentista puede proporcionar un tratamiento óptimo al niño con un mínimo de trauma tanto para él como para el paciente. (34)

Se han descrito cuatro mesetas en el primer periodo de anestesia con ON (Carneow, 1969). Durante el primer estado de anestesia referido como -- analgesia, él clasificó la reacción del paciente como meseta de parestesia, meseta vasomotora, meseta de deriva y meseta de sueño. Las respuestas características del paciente en la meseta de parestesia eran una sensación de -- desprendimiento de los dedos de los pies y manos y a veces de todo el cuerpo. Las respuestas en la meseta vasomotora, eran sensaciones de calor. En la meseta de deriva, las respuestas del paciente eran euforia, con las pupilas centralmente fijadas y la sensación de "ir a la deriva" o "flotando". -- En la meseta de sueño, los ojos del paciente generalmente estaban cerrados y había dificultad para hablar. Las mesetas de parestesia y vasomotora --- eran de corta duración, pero las de deriva y sueño podían ser mantenidas durante varias horas hasta que cesaba la inhalación de ON. (34)

Los niños en las mesetas de deriva o de sueño generalmente respondían a las preguntas con movimientos de cabeza en lugar de hacerlo hablando. -- Las facciones estaban relajadas y la mandíbula generalmente estaba abierta y permanecía abierta sin utilizar instrumental para ello. Los ojos están -- cerrados pero se abren en respuesta a alguna pregunta. Los brazos están pe

sados y permanecieran en donde se les coloque, las manos están abiertas. Las piernas a menudo se deslizan fuera del sillón. El objetivo de la sedación, debe alcanzar pero no rebasar estas mesetas.

En 1972, el Consejo de Terapéutica Dental, estableció los fundamentos desarrollados para el ON en la psicosedación: La anestesia local se usa para el control del dolor significativo; otros agentes sedantes no se usan, el límite de euforia o relajación no es sobrepasado; se lleva a cabo la evaluación del paciente y el dentista debe tener conocimiento de maniobras de resucitación. El consejo además estableció que la sedación óptima con ON-O<sub>2</sub> debe tomar de 8 a 10 minutos. La sedación por inhalación de ON-O<sub>2</sub> es una gran ayuda en el manejo del paciente, porque elimina el miedo del niño a las inyecciones; sin embargo, aún así, se requiere la aplicación de anestesia local (Langa, 1968; Sorenson y Roth, 1973).

La sedación con ON, no se presenta como la panacea para el manejo conductual. Pero, si se usa dentro de sus límites, puede ser de gran utilidad en la práctica de la odontopediatría. Algunas de las indicaciones y contra indicaciones de su uso se pueden encontrar en la tabla 5.2.

El dentista debe conocer los límites de la sedación con ON. Si no es así, puede llegar a resultados contradictorios. La sedación con ON no puede ser usada para controlar todas las formas de conducta, los niños histéricos o deficientes deben ser conducidos a un comportamiento adecuado por medio de otros métodos de manejo conductual. Ningún efecto benéfico se apreciará en el niño lloroso, en ese momento ha perdido la capacidad de responder racionalmente, el dentista no se puede comunicar con él. El imponer una mascarilla a estos niños sólo incrementará su tormento. Los niños desafiados no cooperarán adecuadamente con la inhalación de ON. La sedación con este gas no debe ser usada como sustituto en el manejo del comportamien

T A B L A 5.2

GUÍA PARA EL USO DE SEDACION CON OXIDO NITROSO-OXIGENO EN NIÑOS (34)

PUEDE SER USADA PARA:	NO SE DEBE USAR PARA:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Disminuir o eliminar temores, ansiedad y aprensiones en niños.</li> <li>2) Reducir actitudes rebeldes y reacciones a los procedimientos dentales.</li> <li>3) Crear un estado semihipnótico en un paciente totalmente consciente.</li> <li>4) Ayudar en el tratamiento de los pacientes física o mentalmente desvalidos.</li> <li>5) Incrementar la tolerancia del niño para consultas más prolongadas.</li> <li>6) Disminuir el umbral del dolor del niño.</li> <li>7) Reducir la ansiedad y tensión del dentista y su equipo asociadas al tratamiento infantil.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Controlar la conducta deficiente o histérica del niño.</li> <li>2) Como sustituto de otras técnicas de manejo de la conducta.</li> <li>3) Controlar el dolor asociado con los procedimientos dentales o en lugar de la anestesia local.</li> </ol>

to cuando el dentista pueda utilizar otras técnicas (Siegel, 1972). Así como con otras técnicas farmacoterapéuticas y no farmacoterapéuticas, la meta a lograr es evitar el dolor. El efecto de sedación del ON, hasta cierto punto depende del control del dolor con anestesia local, (Mc Carthy, 1969). La inyección de anestesia local, sin embargo, es uno de los procedimientos más stressantes para el niño. El malestar puede ser magnificado, por lo tanto, esta anestesia requiere de una hábil administración. Con ON y una buena técnica de inyección, el pequeño grado de dolor experimentado por el niño debido a la inyección, no rebasa el umbral clínico.

Después de la inyección, los objetivos del ON, cambian de disminuir el dolor a alterar la actitud del paciente ante la experiencia dental y su percepción del tiempo. Ya que el ON reduce la fatiga, permite al niño enfrentarse a consultas prolongadas. Uno de los objetivos de la sedación con ON, es colocar al niño en un estado receptivo mental, esto le permite recibir sugerencias y aceptar el método Decir-Mostrar-Hacer, esto es; modelaje de la conducta (Hazlett, 1970). Los clínicos no deben cometer el error de pensar que la sedación por sí sola controla la conducta, el ON es sólo un coadyuvante del manejo conductual.

El uso de la sedación con ON puede reducir algunas de las tensiones -- tradicionalmente asociadas al tratamiento de los niños en el consultorio -- dental. Las emociones del dentista, de su equipo y las de los padres, es tan influenciadas por la respuesta del niño a la experiencia dental. El ON ayuda a producir una atmósfera relajada en el consultorio dental y esta beneficia a todos como se ha referido en el (capítulo IV) triángulo de tratamiento odontopediátrico.

#### CARACTERISTICAS DEL OXIDO NITROSO:

El óxido nitroso es un gas que se prepara calentando nitrato de amonio

y posteriormente se comprime y licúa en cilindros azules a una presión de - 800 libras por pulgada cuadrada. Es estable y no reacciona con la sosa --- cáustica, que se emplea a menudo para absorber el anhídrico carbónico duran te la anestesia. Llega a entrar en combustión pero no estalla ni arde. En la inhalación no experimenta ninguna reacción química. Se elimina inato por los pulmones, la piel, el sudor, la orina y los gases intestinales. Tiene un sabor dulzón y su inhalación no resulta desagradable. Puede afectar to\_\_ das las modalidades sensoriales, según la concentración de gas que se admi\_\_ nistre. Modifica la agudeza de la audición, de la visión, del tacto y del dolor; la memoria y la capacidad para concentrarse. Como afecta a la fun\_\_ ción del cerebelo, da incoordinación y déficit psicomotor, ataxia y nistag\_\_ mo. En niveles subanestésicos, el óxido nitroso ejerce un pronunciado efec\_\_ to sobre el sensorio. Las modificaciones de la frecuencia cardiaca, del vo\_\_ lúmen minuto de la presión sanguínea y de la presión venosa central, suelen ser insignificantes, excepto cuando se aproxima la fase de excitación de la anestesia. En concentraciones subanestésicas la presión sanguínea y la fre\_\_ cuencia del pulso exhiben una declinación gradual y moderada, que bien pue\_\_ de ser un reflejo de la sedación alcanzada. Estas reducciones de la fre\_\_ cuencia cardiaca y de la presión sanguínea tienden a persistir hasta el pe\_\_ riodo de recuperación. Durante la administración de ON hay dilatación de las venas subcutáneas, lo cual facilita la punsión venosa. A menudo duran\_\_ te la inducción con ON hay diaforesis o sudoración. Los alcaloides de la - belladona pueden contribuir a moderar este fenómeno. (18)

#### FISIOLOGIA Y FARMACOLOGIA:

El óxido nitroso es inhalado hacia los pulmones, rápidamente difundido en la sangre para su transportación hacia los tejidos. Este gas no compite con el  $O_2$  o el  $CO_2$  por la hemoglobina en la sangre. Es transportado en el

plasma. El plasma sanguíneo absorbe aproximadamente el 26% del volúmen inspirado a los pulmones. La circulación transporta el ON de los pulmones hacia el cerebro en cerca de 15 segundos (Langa, 1968).

El objetivo de administrar un anestésico, analgésico o sedativo por -- inhalación, es desarrollar una presión parcial efectiva del gas en el cerebro. La presión parcial en el cerebro depende de la presión parcial en la sangre, que a su vez depende de la presión parcial alveolar. Eger (1961) - establece que los tejidos altamente cubiertos, como el cerebro, corazón y - riñón, reciben 70% del gasto cardíaco y absorben la mayor fracción de ON durante los primeros 10 a 15 minutos de administración, con una saturación casi completa en 3 a 5 minutos. La absorción de ON en los pulmones empieza a decaer después de que estos tejidos están saturados. La absorción por la - sangre y cuerpo sin embargo, continúa por varias horas mientras es inhalado. La distribución de ON hacia otros tejidos como muscular, adiposo y piel, -- continúa concomitante con los tejidos altamente profundos, estos tejidos reciben menos del 30% del gasto cardíaco, por lo tanto, la absorción de ON es pequeña. La saturación de estos tejidos con ON puede tomar varias horas. - (34)

Con una administración prolongada de ON, existe un incremento en la incidencia de complicaciones. Esto ocurre porque la concentración de ON en los tejidos corporales se satura y hay una significativa reducción en la absorción de ON en los pulmones (Hunt, 1971). El rango bajo de absorción --- aumenta la concentración de ON en los pulmones, que a su vez, altera el intercambio de  $O_2$  y  $CO_2$ . Así, las administraciones prolongadas, requieren -- que la dosis de mantenimiento de ON sea reducida a la mitad después de los primeros 30 minutos. (34)

Ya que el periodo de saturación varía entre los pacientes, una medida



de seguridad para ajustar la dosis, es monitorear al paciente frecuentemente. Algunos signos que indican que la saturación ha ocurrido en el niño, - incluyen: La necesidad de recordarle al niño que mantenga la boca abierta, que no responda a preguntas, agitación, inconsciencia o pérdida del reflejo palpebral. Cuando ocurra durante la fase de mantenimiento, significa que - la dosis es muy alta.

La eliminación de ON sigue el mismo patrón de su absorción. El aclara\_\_ miento del cerebro es rápido; el aclaramiento de los demás tejidos ocurre - más lentamente. La eliminación es primeramente por los pulmones, aunque -- una pequeña cantidad es excretada por la piel, glándulas sudoríparas, orina y gases intestinales.

Inicialmente un gran volúmen de ON es eliminado de la sangre por los - pulmones. Consecuentemente, el paciente puede experimentar hipoxia (anoxia difusa). Después de la sedación con ON, esta hipoxia transitoria resulta de la alta administración de ON que diluye el oxígeno disponible en los pul\_\_ mones. Eger (1964), establece que el peligro de hipoxia es insignificante en pacientes con ventilación alveolar normal. Sin embargo, muchos autores sugieren ventilar al paciente con  $O_2$  por 3 a 5 minutos al terminar el proce\_\_ dimiento. (34, 28)

El ON no cambia el volúmen o la composición de líquido cefalorraquídeo, el funcionamiento renal, el tono vesical, el funcionamiento hepático o pan\_\_ creático. Existe una moderada vasodilatación cutánea, la cual se ha usado para facilitar la venoclísis cuando las venas están colapsadas. Cuando se administra ON continuamente durante 48 horas, existe depresión de la médu\_\_ la ósea y disminuye la cuenta de leucocitos, esto es reversible cuando cesa la administración de ON (Langa, 1968). Pequeños cambios en la presión arte\_\_ rial, en la frecuencia del pulso y la frecuencia respiratoria, se han rela\_\_

cionado con la dosis y el tiempo de administración de ON.

#### TECNICA DE ADMINISTRACION:

La administración de ON tiene algunas ventajas que otros agentes usados comúnmente en odontopediatría no tienen. Estas incluyen un rápido inicio - rápida suspensión y un ajuste conveniente de la dosis para mantener un estado de sedación tranquilo. A pesar de la técnica, la administración de ON - para sedación, puede ser dividida en distintas fases; las cuales se muestran en la tabla 5.3

La fase de introducción es especialmente importante para los niños. Es durante esta fase que la aceptabilidad de la técnica tanto para el dentista como para el niño es determinada. El éxito en las fases de mantenimiento y en la de suspensión es casi seguro cuando la introducción es aceptada por el niño. El dentista por sí mismo, debe guiar al niño en esta fase y al mismo tiempo evaluar la aceptación del procedimiento.

Existen muchas técnicas que pueden ser usadas para introducir la sedación con ON en niños. Cada operador debe utilizar sus propias técnicas de manejo infantil. Se deben ajustar explicaciones que coincidan con la madurez del niño y con la experiencia del dentista. El objetivo al inicio de la consulta debe ser, conseguir la aceptación de la máscara nasal.

Antes de la primera consulta operativa se debe dar una explicación introductoria. Es importante expresar a los padres que los sentimientos de ansiedad o miedo no son únicos en su hijo, sino que ocurre en todos los que se presentan por primera vez. Una breve explicación asegura a los padres que la droga no tiene efectos colaterales.

Mientras el dentista consulta con los padres, el auxiliar lleva al niño a la sala de operaciones para enseñarle el aparato e iniciar la oxigenación. Está reconocido que mandar a un auxiliar a hacer la introducción no

T A B L A 5.3

## FASES DE SEDACION POR INHALACION Y SUS DOSIS (34)

FASE	DOSIS
INTRODUCCION .	3 - 5 litros de Oxígeno.
INYECCION	2 1/2 litros de Oxido Nitroso.
	2 1/2 litros de Oxígeno.
MANTENIMIENTO	1 - 2 litros de Oxido Nitroso.
	3 litros de Oxígeno (ajustar de acuerdo con la respuesta del niño).
SUSPENSION	5 litros de Oxígeno.

favorece a todos los dentistas; este procedimiento depende por lo tanto, en la actitud del dentista, en las reglas del lugar y en el entrenamiento y experiencia del auxiliar. No importa quien efectúe esta fase, lo que importa es que se deben hacer todos los esfuerzos para controlar la conducta, antes de la introducción de ON. La máscara nasal y los procedimientos pueden ser denominados con cualquier expresión que le sea familiar al niño; es importante que la introducción sea asociada con algo que el niño conozca. Foutz (1970), ha sugerido pintar la bolsa y las mangueras con pintura de aluminio para simular el equipo de un astronauta. (34)

La mayoría de los niños tienen miedo al principio, pero una buena animación y comprensión hacen esta tarea más fácil. En este punto no se deben ofrecer alternativas al niño.

La mayoría de los niños pequeños no pueden decir adecuadamente que es lo que sienten, para así ajustar la dosis. La inducción rápida se lleva a cabo administrando una concentración al 50% de ON y el mantenimiento de esta dosis hasta que la fase de inyección se complete. Con cantidades de flujo de 2.5 litros para cada gas (concentración al 50%), la mayoría de los niños se sedan de 3 a 6 minutos. En este punto es importante anticipar las sensaciones y describirlas a los niños. Por eso, el operador debe estar completamente familiarizado con los síntomas de la sedación.

Los niños mayores pueden ser lentamente titulados para concentraciones efectivas de ON como en el adulto. Esto se hace aumentando el ON con incrementos de 0.5 litros por minuto y la disminución simultánea del flujo de  $O_2$  en la misma cantidad, hasta que el flujo máximo de 2.5 litros por minuto de ambos gases se obtenga o hasta que los síntomas mínimos aparezcan.

Para la fase de inyección, se recomienda una dosis de 50% de ON. Esta es mayor que la dosis de mantenimiento, porque generalmente se necesitan --

mayores niveles de analgesia y sedación al inicio para facilitar la inyección de anestesia local (Sorenson y Roth, 1973). (34)

Después de la inyección de anestesia local, el beneficio primario de la sedación con ON es la aceptación del niño a los procedimientos dentales. Después de que se completa la inducción, la inyección y la colocación del dique de hule, se puede traer a los padres para que vean que bien lo está haciendo su hijo. Este acto da confianza a los padres y se debe hacer sólo en la primera intervención quirúrgica. Es posible que algunos niños respondan adversamente a la visita de los padres aún bajo sedación. El dentista debe evaluar a los padres y al paciente cuidadosamente.

Las complicaciones como el vómito, deben ser disminuidas durante la fase de mantenimiento, si no se excede de una concentración del 50%. La dosis de mantenimiento generalmente está determinada por la observación del paciente. Esta dosis es la mitad de la usada en la inyección. Durante la fase de mantenimiento, la mayoría de los niños se mantienen bien con una dosis del 20 al 40%. Un flujo de aproximadamente 4.5 litros (3.1 de  $O_2$  y 1.5 litros de ON) generalmente es óptimo. Naturalmente tanto la dosis como el flujo se ajustan de acuerdo a las reacciones del paciente.

A medida que pasa el tiempo, la concentración de ON aumenta en los pulmones. Es especialmente importante observar las reacciones del paciente en esta fase. Es aquí donde ocurren la mayoría de las complicaciones. Después de un lapso prolongado de tiempo, la respiración del niño varía entre la boca y la nariz. Aunque esto altera la concentración de ON en los pulmones, la dosis no se debe ajustar continuamente. Los aumentos y disminuciones -- frecuentes de ON a menudo causan náuseas.

La fase de suspensión incluye la reoxigenación del paciente. A los niños les toma entre 3 y 10 minutos para recuperarse completamente. Aproxima

damente 5 minutos antes de completar los procedimientos, el flujo debe re\_\_vertirse a 3 ó 5 litros de oxígeno y el ON debe ser suspendido. Si el niño es liberado muy pronto, puede asustarse y se puede dañar a sí mismo. La ob\_\_servación cuidadosa es necesaria, ya que la mayoría de los niños no dicen - que se sienten mareados. Cuando sus funciones motoras son restauradas, pue\_\_de quitarse el O<sub>2</sub>. Si ha estado el niño en posición supina, es importante elevar el sillón lentamente y permitirle sentarse por unos momentos. Esto previene la hipotensión postural. Muchos niños son introvertidos después - de la sedación. Pueden parecer somnolientos, esta es una reacción natural tal como despertar de una siesta.

#### COMPLICACIONES Y PRECAUCIONES:

Las complicaciones asociadas a sedación con ON diluido en niños, no --son frecuentes y el agente ha demostrado ser un medio de sedación eficiente y seguro (Henning, 1972; Everett y Allan, 1971; Langa, 1968; Ruben, 1966). La mayoría de los problemas o complicaciones asociadas con la administra\_\_ción de ON pueden ser prevenidas con una técnica adecuada y el monitoreo --del paciente. (34)

Pocas complicaciones ocurren si el mantenimiento de la dosis se esta\_\_blece entre 20 y 40% de ON. Las dosis por arriba del 50% por periodos pro\_\_longados deben ser evitadas. Esto crea un aumento de efectos colaterales - adversos y la pérdida de la conciencia.

La más común, aunque infrecuente complicación que ocurre con la admi\_\_nistración de ON en niños es el vómito. Cuando un niño vomita durante la - sedación, puede estar asociado a uno o más de los siguientes factores:

1. - Sobredosis.
2. - Administración prolongada.
3. - Infección gastrointestinal, influenza o náusea pre-existente.

- 4.- Antecedentes de enfermedad motora.
- 5.- Tendencia al vómito.
- 6.- Impurezas en el sistema de expulsión.

Náuseas, vómito y otras complicaciones, se han reportado con el incremento de grandes concentraciones de ON (Parkhouse et al; 1960). Estas reacciones adversas también tienden a ocurrir más a menudo en niños menores de 10 años, cuando la administración de ON excede de 30 minutos (Langa, 1968). La mayoría de las investigaciones reportando estos efectos colaterales indeseables, se han dirigido hacia el ON como anestésico general. En la práctica dental, se usan concentraciones diluidas del agente y las náuseas y el vómito no se observan frecuentemente. (34)

Una historia de enfermedad motora o frecuentes episodios de vómito deben de alterar al dentista y él debe estar preparado para esta complicación. Houck y Ripa (1971), han recomendado a los dentistas que incluyan preguntas pertinentes a episodios de vómitos pasados en la historia clínica, para identificar a los niños susceptibles. Las concentraciones reducidas de ON, generalmente previenen la ocurrencia de vómito. El uso de antieméticos algunas veces pueden ayudar a estos pacientes. Sin embargo, los individuos con tendencia al vómito pueden enfermarse aún con la dosis mínima de ON. Otro método de sedación debe ser considerado para ellos. (34)

Esatwood (1964), admitió que la aspiración de vómito bajo sedación con ON es rara porque se retiene alguna sensibilidad en el área sub-laríngea. La aspiración de vómito generalmente no es un problema, puesto que el paciente puede expectorar o el vómito puede ser removido por succión. Otros pueden vomitar en posición supina. El dentista y su asistente deben estar preparados para mantener una vía aérea permeable en cualquier circunstancia.

Cuando el niño vomita se le debe bajar la cabeza y voltearla hacia un

lado para permitir la expulsión libre del vómito. El dique de hule y todo instrumento deben ser retirados de la boca y esta debe estar libre de vómito. Después de limpiar la boca y la nariz, se coloca el dique de hule y la inhalación de ON se omite o se continúa a una concentración más baja. (34)

La observación cuidadosa y la suspensión inmediata de ON puede prevenir más complicaciones. Antes del vómito, el niño generalmente exhibe algo de angustia o avisa que se está sintiendo mal. En el abdomen se observa -- una ondulación, y casi siempre tiene una expresión de miedo en la cara. La mayoría de los niños pueden decir que se sienten mal si se les pregunta. A la primera observación de síntomas, el ON debe ser suprimido y substituído por un flujo de 5 litros de  $O_2$ . Después de 3 a 5 minutos, la sedación puede reinstalarse a una concentración más baja.

La hipoxia puede ser causada por la falta de  $O_2$  en el sistema o puede presentarse después de la administración de ON (llamada anoxia por difusión) La hipoxia puede provocar cianosis y el paciente puede tomarse difícil de manejar. Si el sistema de  $O_2$  no se mejora inmediatamente, puede afectar el cerebro. (28)

La obstrucción de las vías aéreas puede causar hipoxia y dar como resultado oxigenación inadecuada. En pacientes con problemas anatómicos asociados con adenoides, amígdalas agrandadas y tumores que pueden obstruir la faringe bucal, faringe nasal o vía aérea faríngea, estas técnicas analgésicas o anestésicas no deberán ser empleadas. La sangre, restos de dientes y cuerpos extraños pueden causar irritación a las cuerdas vocales, que pueden provocar espasmos laríngeos totales o parciales; dando como resultado la -- obstrucción parcial o total de la respiración y cianosis. (28)

El control de la conducta con ON -  $O_2$  y otras drogas sedativas o hipnóticas, incrementan la oportunidad de tener al niño bajo la fase de sedación



deseada. Una razón de esto es el gran número de factores que influyen la dosis y efectividad de la droga en el niño como pueden ser: (34)

- 1.- Edad.
- 2.- Peso.
- 3.- Acitud mental.
- 4.- Area de superficie.
- 5.- Actividad física.
- 6.- Contenido estomacal.
- 7.- Hora del día.
- 8.- Metabolismo basal.

Cuando la relación entre estas variables es considerada, se torna difícil predecir con seguridad el efecto de la combinación de estas drogas.

Con muchas drogas, las dosis hipnóticas y letales son muy cercanas. Es importante recordar que el ON puede potencializar a otras drogas sedativas e hipnóticas. Consecuentemente, el entrenamiento adecuado en anestesia general está indicado, antes de que otras drogas sedativas se combinen con la sedación por inhalación.

En consideración a las recomendaciones de 1972 del Consejo de Asociaciones Americanas Dentales en Terapéutica Dental, la medicación adicional con otras drogas no se necesita para la sedación por inhalación. Ocasionalmente, una dosis pequeña de un psicosedativo, puede ser dada en casa para calmar al niño antes de la consulta dental. Pero como regla, una buena técnica de sedación con ON será suficiente para controlar las aprensiones de algunos pacientes.

## B I B L I O G R A F I A

- 18 Mc Carthy, Frank M. "Emergencias en Odontologfa". Ed. El Ateneo 2a Edición.
- 28 Stuebner, Elaine A. "anestesia y Analgesia". Clínicas Odontológicas de Norteamerica. Abril, 1973.
- 34 Wright, Gerald Z. "Pharmacotherapeutic Approaches to Behavior Management". Behavior Management in Dentistry for Children; W. B. Saunders Co Philadelphia. Chapter Eight. Pags 146 - 175. 1975.

**CAPITULO VI**

***El Paciente Pediátrico Especial***

## EL PACIENTE PEDIATRICO ESPECIAL

### INTRODUCCION:

Cada niño posee una constelación de características y en este sentido, cada uno es especial. Los niños con limitaciones físicas o mentales se desvían de la llamada normalidad social. Algunas de estas desviaciones interfieren con la capacidad del niño para enfrentarse al tratamiento dental. El término "niño especial", se refiere al niño cuya personalidad, rasgos físicos o intelectuales, requieren la modificación del método de control de la conducta de alguna manera por el dentista.

Album (1960), estableció que "es de vital importancia para el dentista que acepte al paciente primero como individuo y después como un paciente con una limitación". (7).

Se debe recordar que en el concepto de triángulo de tratamiento odontopediátrico presentado en el capítulo 4, se discutía la interacción dinámica del niño, el medio ambiente familiar y el personal del consultorio dental. Por lo tanto en este capítulo se identificarán algunas de las diferencias en los antecedentes de los niños especiales y cómo estas diferencias pueden influenciar un comportamiento en el consultorio dental.

### EL NIÑO ESPECIAL:

Ya que los niños son niños, no nos debe sorprender que la mayoría de los problemas de los niños especiales como desobediencia, resistencia para comer, rabieta y entrenamiento para ir al

baño son muy similares a la de los niños normales. Los niños especiales no tienen el monopolio de estos problemas, y no se debe culpar de todo a sus dificultades o incapacidad. Estos niños son tan diferentes entre sí como difiere un niño normal de otro sano.

Las variables que influyen la respuesta del niño en la odontología, son las mismas que operan en el niño especial. Así pues, muchos de los problemas psicológicos de los niños especiales, son problemas de grado más que de tipo (clase). Si el dentista reconoce este hecho, no se debe considerar mal preparado para enfrentar al niño especial. Para enfatizar este punto se describirán cuatro variedades. Las primeras tres operan en todos los niños, pero son diferentes en los niños limitados. Son; prácticas de educación infantil, experiencia médica y desarrollo social. Sólo el cuarto factor, incapacidad progresiva y enfermedad crónica puede ser considerado relativamente no existente en los demás niños.

Prácticas de Educación Infantil.- Cuando los niños crecen, todos los padres emplean tácticas consciente o inconscientemente para modificar la conducta de su hijo. Estas tácticas, conocidas como prácticas de educación infantil, intentan efectuar cambios hacia una conducta específica y deseada.

De manera similar las prácticas de educación infantil de los padres de los niños especiales son importantes, ya que si difieren a lo esperado por el dentista de ese niño, se verá alterada su opinión.

Una de estas prácticas de educación infantil, es la disciplina del hogar, y es altamente relevante para la odontología.

Existe una pequeña duda de si las tácticas disciplinarias usadas en casa pueden afectar la personalidad de un niño y posiblemente su conducta cooperativa en el ambiente dental.

Básicamente, las técnicas disciplinarias son delineadas en dos tipos; positivas y negativas (Sears, 1957). Las técnicas positivas recompensan el niño con la esperanza de que la conducta sea repetida y las sanciones negativas son aplicadas para evitar repeticiones de conductas indeseables. Otra aprobación del comportamiento puede ser demostrado a través de las recompensas sociales; una sonrisa para un niño retardado, o un abrazo para un niño ciego. (7)

Barsch (1968), al investigar las tácticas disciplinarias usadas por los padres de los niños con limitaciones, encontró -- que las recompensas tangibles tales como el dinero, estrellas o marcas en un récord eran usadas a menudo. Esto nos demuestra como los factores que operan en el niño normal, a menudo operan en el niño especial. (7)

Así, las prácticas en la educación infantil, pueden diferir significativamente para el niño especial o pueden ser las mismas. En muchos casos, la información relacionada con el patrón de disciplina de los padres puede ser la clave para el manejo del paciente y así ayudar en el trabajo del dentista.

Experiencia Médica Pasada.- Se ha demostrado que ciertos aspectos de la experiencia médica pasada por los niños, han estado altamente relacionados con su conducta cooperativa. Aspectos de particular importancia son la calidad emocional de las visitas médicas del niño, las actitudes del niño para el médico y el

dolor que ha experimentado en los procedimientos médicos (Wright y Alpern, 1971; Wright et al., 1973; Bailey, et al., 1973). Son muchos profesionales a los que se lleva a un paciente especial - antes de su primera visita dental; pediatras, neurólogos, otólogos, Oftalmólogos, psicólogos, terapeuta físico, terapeuta de lenguaje; cada uno de estos profesionales tiene influencia sobre el niño y muy a menudo es el efecto acumulativo de sus experiencias, lo que el dentista debe enfrentar.

Muchos niños limitados están casi precondicionados a recibir cuidados dentales. Muchos son pacientes excelentes; algunos que han estado hospitalizados repetidamente, aceptan el tratamiento con una actitud casi resignada.

Massler (1957), estableció que el dentista debe tener una comprensión completa y no un conocimiento superficial, de los aspectos médicos y psicológicos del problema del niño. Algunas veces esto se puede efectuar con la comunicación directa con los otros profesionistas que tratan al niño. (7)

Desarrollo Social.- Los primeros años en la vida de un niño son muy importantes en la formación de su personalidad. Durante los años preescolares, los niños aprenden a jugar y socializarse con sus compañeros y hermanos. A menudo los niños especiales no atraviezan por estas experiencias. Además, existen ciertas dificultades con sus compañeros de juego.

Así, otra variable es alterada para el paciente especial. Un dentista viendo a uno de estos pacientes asido a su padre, puede atribuir esto a un padre sobreprotector; de hecho puede ser debido a la inseguridad del niño, quien ha limitado su desa-

rollo social debido a su deshabilidad. Generalmente, hasta que - estos niños asisten a una escuela especial con otros que tienen - la misma limitación, que tienen un progreso significativo en esta área.

Incapacidad Progresiva y Enfermedad Crónica.- Las tres va\_\_riables ya discutidas operan en todos los niños, la breve descrip\_\_ción de estas variables intentó despertar el interés del dentista y del equipo de salud dental en cómo ellos pueden cambiar con el niño especial. Sin embargo, se deben hacer notar otras variables, que generalmente no son aplicables en los niños sanos. Estas va\_\_riables son enfermedad crónica y deshabilidad progresiva.

Los niños con enfermedades progresivas se enfrentan a pro\_\_blemas insuperables. Mientras sus condiciones empeoran, sus frus\_\_traciones aumentan. La actitud de un padre tiene gran influencia en la conducta del niño. Sin embargo, pocos pacientes pueden acep\_\_tar su padecimiento sin algún grado de trauma psicológico.

El estudio de Price (1965) de niños con distrofia muscular, identificó algunos de los problemas. Cada niño demostraba alguna forma de hostilidad, especialmente después de que no podían cami\_\_nar. Esto era evidenciado con una conducta agresiva o destructiva por terquedad o por alguna manifestación sutil. Otra defensa co\_\_mún era la introversión. Esta se acompañaba de una actitud estoi\_\_ca, dirigida hacia el dolor o algún otro fuerte sentimiento o sen\_\_sación. (7)

Aunque la conducta cooperativa de los niños con deshabili\_\_dad progresiva y enfermedad crónica no es tratada de primera ins\_\_tancia en un consultorio dental, motivar al niño que es estoico



o está preocupado por la muerte puede ser de extrema dificultad. La salud dental es de importancia secundaria para muchos de ellos. Por eso, estos niños necesitan comprensión.

#### EL AMBIENTE FAMILIAR.

Nadie puede negar lo obvio; tener un niño limitado, altera la unidad familiar de algún modo. La situación de crisis empieza con los padres después de que reciben el diagnóstico de que tienen un hijo inválido. Pueden resultar muchas reacciones. Sin embargo, los padres generalmente atraviezan tres estados; empiezan con un periodo de gran ansiedad, durante este estado, ellos no pueden ordenar sus pensamientos o controlar sus sentimientos. A menudo dudan del médico y asisten a un gran número de especialistas. Este estado inicial es llamado periodo de desorganización.

Eventualmente, la mayoría de los padres entran en un segundo estado; reintegración. Aquí los mecanismos de defensa se hacen aparentes. Los padres pueden rehusar mezclarse con la sociedad. Al iniciar el día sólo piensan en el entrenamiento del niño. Durante este estado, la presión de conocer acerca de su niño limitado es constante.

Aquí es cuando entra el tercer estado; adaptación madura, en que los padres se pueden enfrentar a los hechos. Adoptan una actitud constructiva y pueden vivir en un constante stress.

Muchos padres progresan a través de estos tres estados. A menudo, los estados no aparecen inmediatamente y los intervalos de tiempo varían grandemente. Desafortunadamente, existen padres que no se ajustarán completamente. Permanecen en los estados de desorganización o reintegración. Cuando esto ocurre, las dificu]

tades pueden aumentar para el clínico, ya que uno de los problemas puede incluir las relaciones de los padres con los profesionales de la salud. Como consecuencia de errores en la adaptación, los padres pueden rechazar al niño; el típico rechazo o negación puede estar en uno o ambos padres.

Otra reacción de los padres, lo contrario al rechazo; es la sobreprotección. En comparación son los dos lados de la moneda. Los padres que fallan al adaptar maduramente al niño, lo resguardan de experiencias estimulantes.

Una tercera reacción observada cuando los padres fallan al alcanzar el estado de adaptación madura, es denominada proyección. Los padres buscan a alguien a quien culpar. Pueden culpar al médico o a la sociedad en general. También pueden proyectar la culpa en su cónyuge. Esto resulta en una desarmonía marital.

Cook (1963), encontró que los padres eran hostiles y agresivos con sus hijos con parálisis cerebral o mongolismo, mientras eran indulgentes y sobreprotectores hacia los niños sordos y ciegos. Esto nos demuestra que la probabilidad de rechazo al niño aumenta con la visibilidad de la limitación. Las reacciones de algunos padres se deben a sentimientos de culpabilidad, posiblemente asociado a la ingestión de drogas durante el embarazo, el contacto con una infección viral o un accidente prenatal. La comprensión de las manifestaciones que resultan de la falla en la adaptación madura, puede ser útil al requerir la cooperación de los padres. (7)

Barsch (1968) estableció: "La maternidad y paternidad pueden ser vistas como sucesos biológicos, pero es un proceso apren

dido por la experimentación efectuada diariamente en el laboratorio del hogar, el vecindario y la comunidad". Los futuros padres se preparan a menudo leyendo, en grupos de discusión o en clases especiales prenatales; sin embargo, como Barsch apropiadamente - expresó, ningún padre está preparado de antemano para convertirse en el padre de un niño limitado. (7)

Cuando un dentista trata a un niño especial, debe empezar por consultar al niño y a sus padres. Esto le permite observar - la interacción y comunicación entre ellos. También pueden revelar los problemas en el manejo del niño. La entrevista personal es altamente importante para la comprensión de las actitudes paternas.

#### ACTITUD DE LOS PADRES Y PROFESIONISTAS:

En años recientes la profesión dental y los parientes, han mostrado un interés creciente hacia darle cuidado a los pacientes limitados física o mentalmente. Este interés es debido a que esos individuos pueden ser rehabilitados.

Existen varias evidencias de efectos serios de patología - oral entre individuos con daños mentales o físicos, desafortunadamente, el servicio dental dado a esta población ha sido inadecuado. Se ha visto que el servicio dental común no es siempre el mismo para personas con problemas.

Algunas personas limitadas han recibido excelente tratamiento oral sin embargo la mayor parte sufren de serias enfermedades bucales.

Históricamente son 5 razones básicas las que se han dado - para un inadecuado cuidado dental para este grupo según Plummer:

1) Por parte de la profesión, existe carencia de conocimiento, entendimiento y experiencia para tratar pacientes con limitaciones.

2) Existe información inadecuada sobre la higiene oral y necesidades dentales para la población con problemas.

3) La importancia del cuidado dental para los disminuidos, ha sido pasada por alto por los planificadores de la salud y para el establecimiento de programas para la población no institucionalizada que tenga alguna limitación.

4) Los parientes y profesionistas que atienden a niños con problemas, no le han tomado importancia a la salud oral.

5) El cuidado en la casa ha sido tan negligente, que la mayor parte de los pacientes con problemas necesitan tratamiento dental excesivo.

Existe un significativo problema social y de salud; el principal factor que contribuye al problema desde la perspectiva -- del inhabilitado, ha sido el número insuficiente de dentistas -- que estén dispuestos a tratar a estos pacientes. Muchos dentistas catalogan el problema de cuidado dental para los individuos con problemas, como de baja prioridad.

Factores sociales y económicos que desaniman el requerimiento del cuidado dental para personas normales, también sirven para disuadirlo con las personas disminuidas. En adición se ha sugerido por psicólogos que una barrera importante para proporcionar atención dental, ha sido una actitud desfavorable hacia el disminuido por algunos dentistas.

Como sugieren Guidon, Rude y Belton; no es simplemente el -

hecho objetivo de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad así como la percepción de la situación por pacientes y dentistas lo que determina el grado en el que el paciente debe ser -- tratado, además para planear un tratamiento adecuado para el individuo disminuido y un desarrollo efectivo del tratamiento, es necesario para el dentista que entienda la implicación total de su propia actitud hacia el paciente disminuido, para evitar conflictos. (32)

#### MANEJO DEL NIÑO ESPECIAL:

Dos aspectos del triángulo de tratamiento odontopediátrico; el niño y los padres, se han discutido brevemente. Esta sección se refiere a la tercera esquina del triángulo. Su propósito es identificar cómo la comunicación con el dentista y sus técnicas de manejo son diferentes para el niño especial. El paciente especial, por una variedad de razones únicas en cada paciente y - en cada condición, posee limitaciones que le impiden cooperar y responder normalmente. Alguna descripción de las condiciones - limitantes, se necesita para entender las variaciones en las -- técnicas de manejo. Los problemas serán destacados considerando los siguientes grupos: Condiciones neuromusculares, retardo mental y anomalías en la comunicación.

#### CONDICIONES NEUROMUSCULARES:

La incidencia de nacidos vivos con alteraciones neuromoto ras varía de 1 a 5 en 1000 nacimientos (Hugues, 1971).

PARALISIS CEREBRAL.- Es una de las condiciones más comunes; es un padecimiento del Sistema Nervioso Central, que se mani fiesta por deterioro en la función motora.

El daño pudo haber ocurrido prenatalmente, al nacimiento, - en el periodo postnatal o pudo haber sido causada por enfermedades o traumas en la niñez, antes de que el S. N. C. alcanzara - su madurez. (7, 19)

Las diversas causas que la provocan incluyen anoxia, hemo\_\_rragia, trauma, nacimiento prematuro, infección, toxemia del em\_\_barazo, incompatibilidad del Rh y anomalías del desarrollo. La mayoría de los individuos con parálisis cerebral tienen además de su incapacidad motora, otros síntomas de daño cerebral orgá\_\_nico; como trastornos sensoriales y de aprendizaje; y a menudo, complicaciones de la conducta y trastornos emocionales.

El grado de complicación y los síntomas clínicos de pacien\_\_tes con parálisis cerebral depende de la extensión y ubicación del daño al S. N. C. y puede variar desde una hemiplejía leve - sin otros defectos neurológicos, a un trastorno totalmente inca\_\_pacitante de manera que el individuo dependa por completo de o\_\_tras personas para su existencia.

La parálisis cerebral no es curable, no es fatal y frecuen\_\_tamente se hace más tolerable para el paciente mediante terapia de varios tipos, entrenándolo para realizar tareas dentro de -- las limitaciones de sus propias capacidades y educando al públi\_\_co sobre los diversos problemas de los paráliticos cerebrales. La parálisis cerebral es uno de los trastornos principales que causan impedimento físico en niños.

La perturbación motora o daño del Sistema Nervioso Central, puede ser demostrado clínicamente de muchas maneras:

Espasticidad.- Se caracteriza por un estado de tensión mus\_\_

cular aumentada, que se manifiesta por un reflejo de estiramiento exagerado. La espasticidad se suele asociar con prematuridad, anoxia y habitualmente resulta del daño o un defecto dentro de la zona cortical del cerebro. Más del 50% de los pacientes con parálisis cerebral tienen este tipo de complicación muscular. - La hipercontractilidad de los músculos puede producir bruscas y violentas contracciones, estos movimientos son incontrolables e inmodulados.

Atetosis.- En este tipo de perturbación motora, hay contracciones musculares involuntarias, incontrolables, sin propósito y pobremente coordinadas del cuerpo, cara y extremidades; resultando en un patrón de actividad muscular raro. En este tipo de parálisis cerebral, pueden existir muecas de los músculos faciales, babeo y defectos del habla. La tensión producida por el ambiente dental, puede aumentar la actividad atetósica. De hecho, mientras más trata el niño de cooperar intentando una actividad voluntaria del músculo, se tornan más exagerados y aumentan los movimientos musculares involuntarios. Esta se presenta en un 45% de los pacientes.

La espasticidad junto con la atetosis constituye aproximadamente el 75% de los casos de parálisis cerebral.

Rigidez.- La rigidez afecta la actividad concurrente de los músculos en contracción y sus antagonistas, resultando en una tendencia a un movimiento marcadamente disminuido.

Ataxia.- Se presenta en un 10% de los casos, este tipo de parálisis cerebral se caracteriza por falta de coordinación de la actividad muscular y en un trastorno en el equilibrio postu-

ral; resultando en la dificultad de asir objetos. Sentarse --- erecto puede ser difícil para estos pacientes.

Tremor.- Movimientos involuntarios de los músculos que siguen un patrón rítmico regular, en el que los músculos flexores y extensores se contraen alternadamente.

Atonía.- La atonía o hipotonía implica falta de tono o tensión muscular normal y se caracteriza por músculos débiles, flojos y blandos.

Mixtos.- Hay casos en los que existe más de un tipo de trastorno motor y es difícil hacer un diagnóstico bien definido; -- esto se encuentra en individuos con daño cerebral más difuso.

Algunos pacientes con parálisis cerebral presentan problemas visuales significativos y muchos tienen pérdida en la percepción auditiva, especialmente los atetósicos.

Los individuos con parálisis cerebral suelen tener problemas dentales que prevalecen más en ellos que en la población -- normal. La hipoplasia del esmalte de los dientes primarios se encuentra más a menudo en niños con parálisis cerebral. El defecto hipoplásico en el esmalte de los dientes primarios, puede ser una indicación de la época del daño cerebral al feto en desarrollo. Otros problemas dentales son; una proporción más elevada de caries, mayor incidencia de gingivitis, especialmente -- en aquellos pacientes con trastornos convulsivos asociados y -- que requieran la administración de fenitofina (dilantina); mayor incidencia de maloclusiones, especialmente en el tipo atetóide. El bruxismo intenso es un hallazgo común en el atetóide y en el espástico y esto puede llevar a un cierre de la mordida y a un



problema de la articulación temporomandibular.

Los defectos de la dicción y dificultades en la articulación de las palabras son comunes en los paráliticos cerebrales. Los pacientes con atetosis grave, a menudo no pueden hablar de manera que se les entienda, ni tampoco escribir debido a los movimientos involuntarios incontrolables de los miembros, de modo tal que no pueden comunicar sus pensamientos a los otros. Esta situación infortunada puede ocasionarles algunos problemas psicológicos y emocionales graves.

El odontólogo general está en condiciones de brindar a estos enfermos un gran servicio, confeccionando una varilla bucal con la que puedan escribir en una máquina eléctrica y comunicarse así con otros individuos. Este sencillo procedimiento puede brindar un enfoque más positivo de la vida y evitar una posible desviación psicológica.

La eliminación bucal de partículas alimenticias y el evitar la retención prolongada de alimentos en la boca son difíciles para los individuos con parálisis cerebral, debido a la función anormal de la lengua, labios y carrillos, y a la presencia de un patrón anormal de deglución. Debido a las dificultades de masticación y deglución los paráliticos cerebrales tienden a comer alimentos blandos, fáciles de tragar, con gran contenido de carbohidratos. Esto dificulta también la eliminación bucal de alimentos, con la resultante mala higiene bucal. La incapacidad para controlar la función muscular hace difícil el cepillado de los dientes.

Los problemas que pueden hacer difícil el manejo del niño -

con parálisis cerebral en el consultorio dental son: Movimien\_  
tos incontrolados, impredecibles, incoordinados de las extremi\_  
dades, tórax, cuello y aún la mandíbula de manera tal que los -  
procedimientos de tratamiento dental se tornan peligrosos para  
el paciente y el operador.

Las técnicas de manejo que pueden ser apropiadas para los -  
demás niños, pueden ser totalmente inadecuadas para los niños -  
con parálisis cerebral. Cuando el paciente no es capaz de sen\_  
tarse por cortos periodos de tiempo, es incapaz de mantener la  
boca abierta, la cierra violentamente sin aviso, no puede soste\_  
ner la cabeza en alto y sin quejarse o no puede retener las in\_  
terferencias involuntarias de las manos; es aquí cuando el den\_  
tista se enfrenta a un conjunto adicional de problemas.

Acompañando a los problemas en el manejo de los niños con -  
afecciones neuromusculares, se encuentra el retardo mental en -  
ellos. Sin embargo, muy frecuentemente los niños con parálisis  
cerebral son llamados retardados, mientras que aproximadamente  
el 50% de ellos poseen niveles de inteligencia encontrados en -  
niños no afectados. Desafortunadamente, los rasgos faciales y  
las posturas grotescas refuerzan la noción entre los ignorantes  
de que todos los niños con parálisis cerebral son retardados --  
mentales.

El manejo de la conducta de niños con parálisis cerebral en  
el consultorio dental varía de acuerdo con la severidad de sus  
limitaciones. Algunos requieren técnicas especiales de sedación.  
Los más afectados pueden necesitar anestesia general.

Muchos niños con parálisis cerebral, pueden ser tratados co

mo niños normales pero con modificaciones. Las técnicas de moldeo de la conducta descritas en el capítulo IV trabajarán en muchos de ellos. Sin embargo el dentista debe recordar que cuando muchos de estos niños tratan de cooperar, su incoordinación muscular aumenta. Se debe efectuar un esfuerzo máximo para evitar causar stress y producir una actitud casual y natural.

Los ruidos fuertes, particularmente el de un aparato de succión, aumenta las contracciones musculares involuntarias del paciente atetósico. Se deben evitar los aparatos productores de ruido, si es posible. Las gasas deben de sustituir al aparato de succión, durante el procedimiento de profilaxis.

Cuando se sienta al paciente en el sillón dental, este debe ser preajustado en la posición apropiada; deseada por el dentista. El paciente no debe ser colocado en el sillón y luego reclinar el respaldo. Aunque este procedimiento puede ser aceptable para los demás niños, puede aumentar la aprensión en los niños afectados y resultar en un incremento de la incoordinación muscular. Se deben de hacer grandes esfuerzos para crear un mínimo de movimientos.

Durante la primera visita dental, el moldeo de la conducta en la mayoría de los niños generalmente incluye la toma de radiografías. En muchos niños con parálisis cerebral, esto puede ser una parte integral de la consulta, pero en otros se debe -- considerar la condición de su limitación. El forzar a un niño a aceptar las radiografías durante la visita inicial, puede resultar en un paciente más tenso y menos cooperativo.

**DISTROFIA MUSCULAR.** - Es caracterizada por el desgaste progresivo del tejido muscular. El término distrofia muscular se aplica a un grupo de enfermedades musculares en los cuales los síntomas son atrofia y debilidad progresiva de los músculos esqueléticos, con una creciente incapacidad y deformidad; como resultado, estos pacientes pueden tener problemas posturales.

Las dos formas más comunes son los tipos pseudohipertrófico y facioescapulohumeral.

El cuadro clínico de la forma pseudohipertrófica es inicialmente de debilidad, que puede notarse primero en la infancia. Se observa que el niño tiene dificultad para ponerse de pie o aprender a caminar y se cae frecuentemente. A medida que la enfermedad avanza, aparecen contracturas, causando deformidad esquelética del tronco y miembros inferiores. En estadios más avanzados de la enfermedad, se produce también la complicación del músculo cardíaco, y la insuficiencia cardíaca congestiva, puede convertirse en problema.

El comienzo de la forma facioescapulohumeral o progresiva, ocurre con más frecuencia en los años preadolescentes. Los primeros músculos afectados son los de la cara y los de la cintura escapular. La cara pierde expresión, lo que en algunos pacientes les ocasiona un leve impedimento en la dicción. Se observa inicialmente que los pacientes carecen de la capacidad de levantar sus brazos sobre la cabeza, cerrar los párpados, levantar las cejas o fruncir la frente. Durante un periodo de años el proceso avanza lentamente a los músculos de la pelvis y piernas.

La atrofia de los músculos que tienen que ver con la respi\_\_

ración, reduce la capacidad vital de los pulmones e interfiere con la capacidad de toser y eliminar la acumulación de moco de la tráquea durante los episodios de infecciones respiratorias. - Es importante que el odontólogo tenga en cuenta ese reflejo de tos disminuida y la incapacidad de estos pacientes para expulsar cualquier material extraño que pueda caer en la garganta durante el tratamiento odontológico.

Algunas manifestaciones bucales que presentan los niños con distrofia muscular son: Arcos dentarios expandidos como consecuencia de la reducción en la función y contractibilidad de los músculos de los carrillos y labios; mordida abierta, labio y bucodversionsiones de los dientes e irregularidades en la relación intercuspídea de los dientes superiores e inferiores. (19)

No existen reglas severas que gobiernen el manejo de estos pacientes; sin embargo la consulta con otros profesionales a menudo prevé una mayor noción de la naturaleza del problema. (7)

**RETARDO MENTAL.** - El retardo mental es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como "un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el periodo de desarrollo y está asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos". Esta definición contiene varios criterios diagnósticos: Que existe una desviación significativa por debajo del coeficiente de inteligencia promedio -- (CI). Que el deterioro funcional ocurre antes de la adultez, durante el periodo prenatal o en los comienzos del desarrollo y - que las deficiencias de aprendizaje y sociales están asociadas con un deterioro en la conducta adaptativa. (19)

Por definición aquellos que están mentalmente retrasados -- tienen un coeficiente intelectual de menos de 70 (ver tabla 1.3). Ya que el retardo mental afecta al 3% de la población, esta es la limitación más común. (7)

El CI se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de la realización, por la edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100. De modo que un niño de 8 años (EC=8,0) para quien la prueba psicométrica demuestra un nivel de realización equivalente a 4 años (EM=4,0) tendría una -- conciente intelectual de 50:

$$\frac{(EM) 4,0}{(EC) 8,0} \times 100 = 50$$

Basandose en este método arbitrario de medición, la clasificación diagnóstica de retardo mental se relaciona con el CI de la manera siguiente:

(19)	GRADOS DE RETARDO MENTAL	CI
	Fronterizo	68 - 83
	Leve	52 - 67
	Moderado	36 - 51
	Grave	20 - 35
	Profundo	Debajo de 20

Una clasificación de la deficiencia mental de importancia -- para la evaluación que el odontólogo haga del paciente mental -- mente retardado, es la del pronóstico educativo y social. Infor -- tunadamente también se basa en la medición del CI, pero es uti -- lizado ampliamente en la ubicación del niño para su rehabilita -- ción educativa y vocacional. Esta clasificación divide a los ni --

ños en: (19)

NIVELES	CI
Educables (RME)	50 - 79
Entrenables (RME <sub>n</sub> )	25 - 49
No entrenables	Debajo de 25

A los retardados mentales educables se les considera capaces de una educación especial- Mientras que los entrenables son considerados como capaces de hacer solamente las tareas más sencillas, sin poder beneficiarse de los ejercicios académicos. El problema con esta clasificación, es que algunos de los RME<sub>n</sub> resultan ser educables, mientras que algunos RME, solamente son entrenables.

#### Factores Etiológicos:

**Prenatales.**- La base embriológica del retardo mental está determinada por el efecto de la mala salud materna en las tres capas germinales; ectodermo, mesodermo y endodermo. Como el sistema nervioso central deriva del ectodermo, es completamente lógico que las anomalías de la piel, cabello y dientes estén asociadas frecuentemente con la disfunción cerebral. Los factores maternos principalmente implicados en los defectos de nacimiento y malformación son: Infección, nutrición, enfermedad crónica, medicamentos, radiación, trauma y anoxia. El niño no nacido puede estar afectado por prematuridad, toxemia e incompatibilidad sanguínea.

**Infección Materna.**- Antes del advenimiento de las pruebas prematrimoniales y prenatales obligatorias para la sífilis, la infección por espiroqueta del sistema nervioso central, era pro

bablemente la forma más común de enfermedad congénita que causa ba deficiencia mental, prematurez y deformaciones esqueléticas. El diagnóstico precoz por medio de la prueba prenatal y la in\_\_  
troducción de los antibióticos ha producido una notable reduc\_\_  
ción de la incidencia de este trastorno..

Los virus como agentes etiológicos prenatales, parecen ser los más dañinos durante el primer trimestre del embarazo. El em\_\_  
brión en este estado todavía no ha desarrollado mecanismos de in\_\_  
munidad y entonces la infección viral que invade al feto, pro\_\_  
duce la muerte y el aborto, o el desarrollo de anomalías mayo\_\_  
res. El virus de la rubéola, es el mejor conocido de algunos de los 150 virus de los seres humanos, que produce malformaciones congénitas múltiples en el recién nacido. Entre los problemas - implicados en el síndrome de la rubeola están; ceguera, catara\_\_  
tas, sordera bilateral o unilateral, microcefalia, conducto ar\_\_  
terioso anormal y otros trastornos cardiacos, retardo mental -  
(en por lo menos el 50% de los casos) y dentición defectuosa.

La toxoplasmosis, una enfermedad común por protozoarios, -- puede ser causa del 0.5% de los retardos mentales. La carne cru\_\_  
da o no cocida bien, ha sido implicada en el modo de infección y los síntomas incluyen anomalías del sistema nervioso cen\_\_  
tral, calcificaciones intracraneales, ataques y deficiencia men\_\_  
tal.

Las reacciones adversas a ciertas drogas han sido vincula\_\_  
das con una variedad de malformaciones y retardo mental. El e\_\_  
jemplo más dramático de las primeras, es la grave deformidad de los miembros en la descendencia de madres que han tomado talido\_\_



mida durante el embarazo. Otras drogas causantes de abortos espontáneos y defectos congénitos son las antimetabólicas como los antagonistas del ácido fólico o mercapturina, algunos anti-diabéticos, cortisona o quinina. La anoxia materna como resultado de intoxicación con monóxido de carbono, puede causar daño al niño no nacido.

Prematurez.- La prematurez se define como un niño con peso de nacimiento menor de 2,500 Kg. Es un factor importante en el retardo mental, y tiene que ver con el 25% de las muertes posnatales. El infante prematuro es propenso al daño cerebral, principalmente porque el tamaño pequeño predispone al feto a posiciones anormales en el útero, resultando en presentaciones de nalgas, transversales u otras anormales. La falla en el desarrollo del sistema orgánico, también puede llevar a inmadurez respiratoria, renal y hepática. Debido a la función inadecuada del hígado, frecuentemente hay una hiperbilirrubinemia cuando el nivel de bilirrubina es mayor que 20mg/100ml en el torrente sanguíneo, puede resultar daño cerebral, atetosis y retardo mental. Los problemas de incompatibilidad de Rh están también asociados muy frecuentemente con prematurez, así como la toxemia del embarazo y la diabetes materna.

Envenenamiento por Plomo.- El síndrome de envenenamiento plúmbico en la niñez incluye fatiga, palidez, anorexia e irritabilidad seguida por dolor abdominal, vómito e inquietud motora. Como el envenenamiento por plomo progresa en gravedad, puede parecer encefalopatía, convulsiones, estupor y coma. Estudios recientes proponen que si bien las formas más graves son dema

siado frecuentes, hay un grupo mucho más grande de niños con intoxicación subclínica que prodece deterioro neurológico y psicológico significativo. La intoxicación plúmbica franca ocurre a niveles sanguíneos por encima de 80mg/100ml, pero se han mencionado signos y síntomas manifiestos en niños con niveles por debajo de 50mg/100ml.

#### Aspectos Bucales:

El paciente con incapacidad de desarrollo, presenta a menudo malformaciones congénitas múltiples, incluyendo anomalías de la dentición. Patrones aberrantes de erupción, anomalías en la morfología dentaria pueden ser una ayuda para la identificación precoz de una amplia gama de trastornos neurológicos. La rubéola materna en el primer trimestre del embarazo, resulta frecuentemente en anomalías del esmalte y dentina. La incidencia de hipoplasia del esmalte es elevada en la parálisis cerebral. En ciertos trastornos, por ejemplo, la displasia ectodérmica hereditaria y la ausencia de gérmenes dentarios, pueden ser una ayuda diagnóstica en el recién nacido. Los patrones irregulares de erupción, se notan en trastornos endócrinos como hipotiroidismo juvenil, hipoparatiroidismo y gigantismo cerebral; al igual que en la notable falla de erupción en la distosis cleidocraneal y el síndrome de Down.

Algunas condiciones de retardo mental, son identificables visual y cromosómicamente. Una de estas es:

**SINDROME DE DOWN.**- Es la alteración cromosómica más común en los seres humanos. Descrita por primera vez por John Langdon y Hayden Down, en 1866. El síndrome de trisomía 21 o síndrome

de Down es un fenómeno de traslocación. (19)

Tiene una incidencia de 1.5 entre 1000 nacimientos (Benda; 1960), y está asociado con la edad materna avanzada. Ya que la condición de retardo mental más común es esta, es a la que el - dentista se enfrenta más comunmente.

Los 10 signos cardinales del síndrome de Down en el recién - nacido han sido descritos por Hall, como sigue:

SIGNOS	INCIDENCIA (PORCENTAJE)
Hipotonia.	80
Reflejo de moro pobre.	85
Hiperflexibilidad de articularciones.	80
Exceso de piel en la nuca.	80
Perfil facial chato.	90
Fisuras palpebrales oblicuas.	80
Anomalias de oído	60
Displasia de la pelvis.	70
Clinodactilia del dedo meñique.	60
Pliegue simiano.	45

Hay un retardo total en el crecimiento oposicional y endo\_\_ condral, que lleva a una estatura pequeña, con una forma de ca\_\_ minar rara, tambaleante. La cabeza es braquicéfala, con una re\_\_ ducción mayor en tamaño en la parte posterior, produciendo un - occipucio relativamente chato. La piel seca, frecuentemente hi\_\_ perqueratósica. Kisling, describe hipoplásia de los senos fron\_\_ tales y un puente nasal pequeño, con aplasia completa del hueso nasal en el 15% de los casos. Los ojos se caracterizan por una

oblicuidad, fisuras palpebrales angostas y en los pacientes más pequeños, pliegues epicánticos. Suele haber un estrabismo convergente o divergente. En el infante se ve con frecuencia nuves en los ojos, pero desaparecen con la edad. El cuello suele ser corto y grueso. Las anomalías cardíacas están presentes en aproximadamente 40% de los individuos con éste síndrome, junto con una tendencia a la leucemia, constituyen los riesgos más -- grandes para una vida larga.

#### Manifestaciones Bucales:

Las manifestaciones bucales en el síndrome de Down incluyen lo siguiente: Lengua escrotal, macroglosia con protrusión, mordida abierta, anomalías palatinas (rugas anteriores prominentes, procesos laterales engrosados, dos surcos en el paladar), maxilar superior hipoplásico, ángulo goníaco oblicuo (tendencia a la -- clase III de Angle), desarmonías oclusales (Mordida cruzada an\_terior, mordida cruzada posterior, rotaciones), microdoncia, -- dientes primarios que no se exfolian, patrones de erupción abe\_rrrantes, dientes conoides, hipoplásia del esmalte y dientes su\_pernumerarios.

Aunque el CI de los pacientes con síndrome de Down raramen\_ te pasan del 50 al 70%, la realización a nivel social excede -- con frecuencia la edad mental y la mayoría de los niños son --- afectuosos, fieles y amistosos. Sin embargo pueden volverse re\_pentinamente toscos y obstinados y presentan problemas en el -- consultorio dental. (19)

#### Manejo del Paciente Odontológico Mentalmente Retardado:

Existen dificultades en el manejo de la conducta que se pre

sentan como resultado de su inmadurez social, emocional e intelectual. Cuando se trata a niños retrasados, el clínico no debe trabajar aislado. Alguna evaluación del estado de desarrollo del paciente se debe de obtener.

Una evaluación clínica de un niño retrasado mental no se restringe a delimitar la edad mental del paciente. Otras evaluaciones son útiles y pueden proveer una información importante. El desarrollo social y emocional muestra cómo el niño es manejado en el salón de clases. Esto puede proporcionar una idea para su manejo en el consultorio dental. El diálogo y el lenguaje identifica la extensión y efectos de su comunicación verbal. Estas fuentes pueden ser de un valor inestimable cuando se trata a niños retardados. Esta clase de reportes ayuda al dentista a determinar sus metas para lograr la conducta cooperativa del niño. Los dentistas que trabajan con niños retardados tienen acceso a este tipo de información privilegiada. Muchos padres la proporcionan voluntariamente, si es requerida.

El retardo mental posee un número de características conductuales suplementarias en adición a la discrepancia entre la edad cronológica y la edad mental. Estas características incluyen hiperactividad e intranquilidad, un nivel de atención bajo y distractibilidad, labilidad emocional y a menudo baja coordinación muscular. Muchas de estas características se encuentran en el niño normal. Sin embargo, son más comunes en los retardados mentales. Cuando un clínico reconoce estas características debe hacer alteraciones en su manejo de la conducta. Si un paciente es hiperactivo e intranquilo, una ligera sedación puede

ser requerida para ayudar en el manejo de la conducta y en el establecimiento de la comunicación. Si la atención del niño es baja, la duración de la consulta debe ser limitada o el dentista tendrá que estar continuamente enfocando su atención en algo que lo mantenga entretenido. La conducta emocional errática -- frecuentemente hace difícil llevar a cabo los procedimientos -- del tratamiento que requieren una comunicación sostenida entre el dentista y el paciente. Mientras más dificultad tenga el paciente en la comprensión verbal, el dentista debe utilizar menos la comunicación verbal. El lenguaje del cuerpo y el contacto corporal juegan entonces un papel importante en el manejo -- conductual. Muchas cosas se pueden comunicar por un movimiento de cabeza, una sonrisa o un abrazo gentil, con el propósito de obtener la calma.

Se ha reportado que existe una relación positiva entre el coeficiente intelectual y la aceptación del tratamiento dental (Rud, 1971). Cuando el nivel intelectual es más bajo frecuentemente se encuentran situaciones en las que el paciente no entiende requerimientos verbales simples. (7)

Las técnicas de modificación de conducta pueden ser usadas efectivamente en los levemente retardados. Cuando se efectúa la profilaxis, por ejemplo, las técnicas de moldeado de conducta generalmente usadas (DMH) se inician. Una vez que los incisivos maxilares han sido limpiados, se le puede dar al niño un dije como un anillo de plástico. Esto proporciona un reforzamiento inmediato tangible. Cuando la arcada maxilar se ha completado se debe dar más reforzamiento. El proceso de reforzamiento

CARACTERISTICAS DE DESARROLLO DE PERSONAS MENTALMENTE RETARDADAS (19)

GRADOS DE RETARDO	MADURACION Y DESARROLLO (EDAD PREESCOLAR 0 - 5)	ENTRENAMIENTO Y EDUCACION (EDAD ESCOLAR 6 - 20)	ADECUACION SOCIAL Y VOCACIONAL (ADULTOS DE 21 AÑOS O MAS)
Leve	<p>Pueden desarrollar capacidad social y de comunicación; retardo mínimo en áreas sensorio-motora; a menudo no se distinguen de lo normal hasta una mayor edad.</p>	<p>Pueden aprender académicamente hasta aproximadamente el nivel de sexto grado hacia el fin de la adolescencia. Pueden ser guiados hacia una conformidad social (Educables).</p>	<p>Habitualmente pueden alcanzar capacidades sociales y vocacionales adecuadas a un mínimo de autoapoyo, pero pueden necesitar guía y ayuda en situaciones de tensión social.</p>
Moderado	<p>Pueden hablar o aprender a comunicarse; pobre conciencia social; regular desarrollo motor; beneficios del entrenamiento en autoayuda; pueden ser manejados con supervisión médica.</p>	<p>Pueden beneficiarse con el entrenamiento en capacidades sociales y ocupacionales; difícil que progresen más allá del nivel del segundo grado en materias académicas; pueden aprender a viajar solos en lugares familiares.</p>	<p>Pueden alcanzar el automantenimiento en un trabajo de poca habilidad en condiciones de protección; necesitan supervisión y guía cuando se encuentran en tensión social y económica leve.</p>
Grave	<p>Pobre desarrollo motor el hablar es mínimo; generalmente incapaces de beneficiarse del entrenamiento en autoayuda; poca o ninguna capacidad de comunicación.</p>	<p>Pueden hablar o aprender a comunicarse; pueden ser entrenados en hábitos de salud elementales; beneficios de un entrenamiento sistemático de hábitos.</p>	<p>Pueden contribuir parcialmente al automantenimiento bajo supervisión completa; pueden desarrollar capacidades de autoprotección a un nivel útil mínimo en un ambiente controlado.</p>
Profundo	<p>Gran retardo; mínima capacidad para funcionar en áreas sensorio-motoras; necesitan ser atendidos por enfermeras.</p>	<p>Hay algún desarrollo motor; pueden responder a un entrenamiento mínimo o limitado en autoayuda.</p>	<p>Algún desarrollo motor y del habla; pueden alcanzar un auto-cuidado muy limitado; necesitan atención de enfermeras.</p>

debe ser usado repetida y frecuentemente para estos pacientes.

Otra técnica interesante de reforzamiento que se lleva a cabo en la Universidad de Washington (Rolla, 1974), es la recompensa de jugo de naranja que se administra a los niños por medio de una jeringa, cada vez que el niño coopera se le da un poco de jugo. Esto parece tener la ventaja adicional de desensibilizarlo a futuras inyecciones. (7)

#### ANORMALIDADES EN LA COMUNICACION:

La comunicación multisensorial cubre una gran área. Esta sección, sin embargo, trata principalmente a los niños con varios grados de sordera y ceguera más que a pacientes con defectos en la comprensión verbal de los retardados mentales.

**SORDO.** - La pérdida total o el impedimento grave de la facultad de oír, puede alterar la conducta de los individuos.

Oír y hablar están íntimamente relacionados en su desarrollo. La dicción es una conducta aprendida que requiere la integración de varios impulsos sensoriales. La audición, un sentido a distancia, brinda impulso aún durante el sueño. Quizás es este funcionamiento más básico lo que determina que la pérdida grave de la audición sea una incapacidad más seria que la pérdida de la visión para muchos individuos. (19)

Se describen 4 niveles de sordera. Son: (1) Leve pérdida -- del oído "difícil de escuchar"; (2) Pérdida parcial del sentido con dificultad para escuchar las conversaciones ordinarias y requerimiento de una ayuda para escuchar; (3) Pérdida severa del oído (usando más de 70 decibeles), generalmente causando serias dificultades en el aprendizaje del lenguaje; (4) Profundamente



sordo, dependiendo casi enteramente de la lectura de los labios y métodos manuales (Bowley y Gardner, 1972). (19)

Otros métodos de clasificación incluyen aquellos basados en la oportunidad del trauma: a) Los sordos congénitos, que nacen con una incapacidad; b) los sordos adquiridos, que nacen con -- audición normal que va disminuyendo a lo largo de la vida.

La pérdida de la audición puede clasificarse también de --- acuerdo con la ubicación anatómica del defecto en: a) Pérdida - conductiva, que afecta el aparato del oído medio; b) Pérdida -- sensorineural que afecta el caracol, los nervios del caracol o las vías centrales.

El descubrimiento precoz de la pérdida auditiva es importante. Las pruebas de distracción, que indican una respuesta del infante a un sonido, son utilizadas durante los primeros estandos de vida. La respuesta como el parpadeo y el volverse a un sonido, puede ser interpretado por clínicos expertos. Esas respuestas requieren una integración de la audición y el sistema - neuromuscular. Los niños con pérdida auditiva extrema pueden - omitir sonidos, como g, k, sh y s, en su dicción. Este hecho - es útil en el diagnóstico.

#### Etiología:

Las causas de la sordera pueden dividirse en; prenatales y postnatales. Las causas prenatales incluyen: 1) Defectos hereditarios y congénitos; 2) Infecciones; 3) trauma de nacimiento; 4) Prematurez; 5) Incompatibilidad sanguínea; 6) Causas desconocidas (10 a 20%). Algunas causas postnatales de sordera son: - 1) Infecciones; 2) Trauma; 3) Drogas; 4) Sordera central (lesio

nes corticales).

Aproximadamente la mitad de los casos en niños y un tercio de los casos de adultos, caen en la categoría de los defectos hereditarios o congénitos. En general la incapacidad es sensorineural, y la mayoría de los casos (90%) de naturaleza recesiva. El síndrome de Hunter, el de Brandenburg y la otoesclerosis, se incluirán en las causas hereditarias.

La infección por rubéola está en aproximadamente el 20% de los casos de sordera congénita. En algunos casos la pérdida auditiva no se detecta en la infancia sino más tarde.

Hay una marcada relación entre prematurez, sordera y mortalidad infantil. La prematurez puede ser causada por varias condiciones que tienen una marcada relación con la sordera, como la incompatibilidad del Rh, anoxia, meningitis y rubéola.

Postnatalmente, la otitis serosa crónica es la causa más común de pérdida de audición conductiva en niños. La terapia antibiótica suele tener éxito en el tratamiento de las infecciones del oído medio.

El trauma al hueso temporal puede producir pérdida de la audición sobretodo si el hueso está fracturado transversalmente, produciendo daño al oído interno y parálisis facial.

Algunos antibióticos, como la estreptomicina, neomicina, vancomicina, en concentraciones suficientemente elevadas son ototóxicos.

#### Características Psicológicas:

El individuo con ésta incapacidad está afectado en muchas áreas del desarrollo. No solo están perturbados en la dicción

y comunicación sino que el estímulo del sonido mismo está disminuido. La integración de la audición con otros sentidos sufre, la actividad motora puede estar reducida y los placeres derivados de los sonidos agradables pueden no experimentarse. Los sonidos de advertencia no son percibidos claramente. La vida familiar puede estar alterada a veces en tal manera que hay rechazo del niño por los padres. Sin embargo, la distribución de -- marcas de inteligencia en test que no dependan de la dicción o de instrucciones verbales, es casi la misma que en la población normal.

No es sorprendente que algunas alteraciones en la conducta normal aparezcan en el sordo. El desarrollo del individuo sordo se basa en gran medida en la vista y el tacto. En sus años infantiles, a los niños sordos les faltan los sonidos reaseguradores de la voz materna y de los miembros de la familia, en consecuencia seguirán a su madre para tenerla a la vista. No les gustan las experiencias que no puedan ver. El aislamiento es un aspecto forzado y voluntario del impedimento auditivo grave. El niño puede experimentar aislamiento forzado debido a su incapacidad para comunicarse. Los adultos con una incapacidad auditiva grave, buscan a otro con el mismo defecto y medios de comunicación, aislandose así de la comunidad en general.

El deseo de comunicarse es básico para todos, incluyendo al sordo, los individuos gravemente impedidos en su audición, tienen la necesidad de imitar, dominar y proyectar. Cuando el --- deseo y las motivaciones son frustradas, la respuesta puede ser una actitud de defenza o retirada (habitualmente esta última).

Como la comunicación es más lenta, los niños sordos tardan más en adquirir habilidades para manejarse solos y en lograr la adaptación social. También pueden tener marcas bajas en los test corrientes de CI. Frecuentemente pueden recibir una escolaridad y entrenamientos menores que lo adecuado y como consecuencia, son ubicados en empleos por debajo de su potencial, lo que resulta en una autopercepción menor. La pérdida grave de oído también tiene efecto sobre los padres del niño y sobre la comunidad. Los padres pueden experimentar culpabilidad después de los sentimientos iniciales de choque e incredulidad. Los padres también desearían saber qué pueden hacer para ayudar, una vez que comprenden que la intervención debe comenzar temprano. Los padres deben aprender a aceptar al niño y las limitaciones de la incapacidad, brindar el necesario amor y afecto y poner límites realistas a la conducta de su hijo sin ser sobreprotector, lo que crearía una actitud dependiente por parte de su hijo.

#### Repercusiones Dentarias:

El impedimento de los sentidos, como la sordera, combinada con defectos dentarios, ha sido mencionado con condiciones y síndromes como la displasia ectodérmica y la displasia oculodentodigital.

La prematurez y la rubéola, dos condiciones que se encuentran con frecuencia relacionadas con sordera y ceguera, están asociadas con mayores hipoplásias del esmalte.

El bruxismo se encuentra con bastante frecuencia en la población sorda, especialmente en individuos con otras incapacida

des. La razón de esto no se conoce, aunque puede servir probablemente como una forma de autoestímulo. (19)

#### Manejo del Niño Sordo:

El problema integral que afecta el manejo de la conducta de los sordos o de los limitados al escuchar, puede ser fácilmente comprensible si se considera el moldeo clásico de la conducta - por el método DMH. Normalmente y por eso el niño sordo debe ser manejado diferentemente.

La dependencia en la instrucción verbal es automática en la mayoría de nosotros. Algunas veces los niños sordos se comunican visualmente por medio de la lectura de los labios y esto es tan imperceptible que el dentista no lo reconoce completamente.

El niño sordo compensa parcialmente su deficiencia con el uso de auxiliares del oído, lectura de labios o mímica. Con la ayuda de maestros especializados, de terapeutas de lenguaje y de la dedicación de los padres, es posible adquirir habilidad en la comunicación verbal a edades tempranas.

Ya que la verbalización normal es imposible en muchos niños sordos, se deben usar procedimientos de comunicación sustitutos. Es esencial, por lo tanto, actuar a la vista del niño, para aumentar la comunicación visual. Todos los argumentos deben efectuarse con una buena acción labial para emitir la información y dar la impresión de dominar la situación.

El sentido del tacto debe usarse, se debe permitir a los pacientes que toquen algunos de los instrumentos. Cuando se usa aire comprimido, se debe mostrar al niño en la mano o mejilla del operador y posteriormente en la del niño, antes de introdu

cirlo en la boca; esto es desensibilización.

A través de sonidos, los niños desde el nacimiento pueden detectar la presencia de otros. El llora, y los intervalos entre el llanto, están llenos de sonidos; aprende a escuchar la llegada de su madre. Este no es el caso de los sordos. Ellos no reciben estos estímulos que les hacen sentir seguridad. Como consecuencia, los niños sordos pueden ser muy impacientes -- con la demora, que puede provocar problemas de manejo adicionales. Para evitar la demora y la inseguridad que ésta crea, es de suma importancia un plan organizado de los procedimientos -- clínicos.

Otra característica de los sordos incluye su nivel de actividad. Frecuentemente son más activos que un niño normal; esto puede relacionarse con su necesidad de explorar. Ya que estos niños aprenden tocando y por medio del escrutinio cuidadoso, se les debe dar tanta libertad de tocar como el consultorio lo permita. Esto no significa darles más permisos de los necesarios, al contrario, se intenta permitir a los niños que se sientan cómodos en ese ambiente. Los niños tienen una curiosidad insaciable con respecto a los utensilios del consultorio dental; el niño sordo no es la excepción.

Se acostumbra elogiar a los niños y demostrarles afecto. Estos actos refuerzan su actitud cooperativa. Muchos de estos reforzamientos son verbales, de aquí que no son tan demostrativos en el niño que no puede oír el tono suave de una voz reconfortante en situaciones de stress. Como resultado, el niño sordo, se puede presentar como un paciente cooperativo tenso y tí-

mido. Es responsabilidad del equipo dental disminuir el stress.

Se han recomendado muchos procedimientos para establecer la armonía y la comunicación con los niños. Aunque el dentista -- puede no emplear todos estos procedimientos para los demás niños, son muy importantes en el manejo conductual de los niños sordos. Cuando se inclina el respaldo del sillón, por ejemplo, el operador debe tocar al paciente. Durante algunos procedimientos como las inyecciones intraorales, se debe mostrar confianza y concentración. El espejo manual es una ayuda invaluable durante la mayoría de los procedimientos.

El área de la comunicación con los limitados del oído, es un área fértil para la investigación clínica. Las técnicas de manejo conductual con material visual y videotapes, pueden ser usados y avanzar grandemente. Los dentistas que tratan a los niños sordos deben tener un buen material ilustrativo y posters exhibiendo a niños recibiendo tratamiento dental. (7)

Si el paciente está usando un auxiliar auditivo, son necesarias algunas consideraciones adicionales. Los auxiliares amplifican todo sonido, no solamente lo que se habla. Los instrumentos que caen en las bandejas o en las cubetas, pueden ser moleestamente ruidosos. Gritarle a un paciente con un auxiliar es -- también ofensivo. Si el auxiliar está correctamente ajustado -- todo lo que se requiere son tonos de conversación normal. El sonido de una turbina puede producir una respuesta adversa en el paciente.

Los auxiliares pueden emitir sonidos chillones, porque la parte que va dentro de la oreja está colocada incorrectamente o

el volúmen está demasiado alto. Hay que pedir al paciente que exprese sus referencias en este sentido. (19)

Existen diferentes métodos por medio de los cuales, se les ayuda a los pacientes con pérdida auditiva a lograr una comunicación oral. Nos referimos específicamente al método auditivo: (17)

La meta del Método Auditivo para la habilitación del niño - con impedimento auditivo es el de desarrollar lenguaje hablado, comprensible e inteligente en los niños carentes de audición -- por medio de entrenamiento intenso de sus restos auditivos y -- usando aparatos que amplifican el sonido. Es asegurar que cada niño tenga la oportunidad de adquirir comunicación hablada por medio de la vía auditiva a edad temprana. Además se recomienda que empiecen a asistir a una escuela formal, maternal o kindergarten desde los tres años de edad. Deberá haber únicamente un niño con falta de audición en cada salón de clase, los demás serán niños oyentes, de esta forma el niño estará rodeado de niños que hablan normalmente. Así el niño con falta de audición tendrá cuatro años para convivir entre ellos y poder desarrollar patrones adecuados del lenguaje a través de la estimulación constante auditiva.

Para lograr esto se requiere detección de la falta de audición a temprana edad, requiriendo constantemente el uso de amplificación auditiva binaural (o sea dos auxiliares auditivos, uno para cada oído). Durante todas las horas que esté despierto el niño, desde el momento que se adquieren sus aparatos. Se requiere entrenar al niño a utilizar al máximo sus restos audí-



tivos para procesar el lenguaje. Manteniéndolo siempre en un ambiente normo-oyente, ya sea en su casa o en la escuela para que esté sometido a oír la palabra hablada usada diariamente -- por personas normo-oyentes entre las cuales él convive. Desarrollando la habilidad para poder vivir y adaptarse por medio de la comunicación verbal, o sea la palabra hablada. Además recibe una enseñanza especializada individual bajo la dirección de un terapeuta quien promueve a los padres dándoles las orientaciones necesarias para que se lleve a cabo la habilitación del niño. (17)

Al iniciar el uso de los aparatos amplificadores, decimos que el niño ha nacido al sonido. Tiene que pasar por los mismos pasos que el niño oyente, no importa la edad cronológica -- que tenga. Primero deberá empezar por estar consciente de la presencia o ausencia del sonido. Después tiene que aprender a oír y a identificar los ruidos que son nuevos y sin significado para él. Hay que mostrarle el mundo sonoro que le rodea.

Todos los chicos con problema auditivo deben estar bajo la vigilancia de una terapeuta entrenada en método auditivo quien dirige el trabajo especializado y enfoca el estímulo del "oír" y el uso de la audición para aprender a hablar.

Debe ser una enseñanza individual conforme a las necesidades de cada niño en particular y con la asistencia y cooperación de la madre o persona que se responsabiliza.

Los padres solos no pueden resolver el problema de la rehabilitación de su niño sordo, necesitan de la ayuda y guía del terapeuta y del equipo especializado, en el que cada quien toma

en cuenta los aspectos relacionados con ese niño en particular. En comunicación con el padre, se planea, se discute, se lleva a cabo y se pone en marcha un plan constructivo de procedimientos factibles, aplicables, razonables y a la vez esenciales para empezar a encarrilar al niño en el camino hacia la vida de este mundo oyente de seres humanos de todos colores, tamaños, personalidades, capacidades y posibilidades.

El padre depende del maestro terapeuta. El terapeuta señala los pasos, el orden de desarrollo; demuestra, explica, enseña, aplica, hace, pero en un tiempo específico, limitado en clase particular individual, planeado y estructurado conforme normas específicas señaladas y requeridas para la etapa de desarrollo de ese niño en particular. Pero todos los conocimientos -- adquiridos y las prácticas determinadas para la rehabilitación del niño sordo no se pueden llevar a cabo sin la completa cooperación y comprensión del padre que vive diariamente con el niño y tiene a su favor el factor tiempo. Puede poner en práctica y aplicar los pasos esenciales durante la vida diaria del niño, -- ampliando las posibilidades de la terapia, ajustando a sus particularidades personales de la vida y situación familiar. (17)

CIEGO.- Afortunadamente la ceguera afecta a un número relativamente pequeño de niños, 1.58 por 1000 (Bowley y Gardner, -- 1972). (7)

Algunos niños tienen una vista parcial. Otros la pueden -- tener normal y después perderla. Cuando esto ocurre después de los 5 años, el niño puede retener un esquema visual o referencia (Barkwin y Barkwin, 1967). Sin embargo, si estos niños tie

nen una experiencia mínima, la comunicación se vuelve verbal. A través de la verbalización, ellos tratan de identificar objetos y entender los sucesos cotidianos. Ya que la parte MOSTRAR del moldeo de la conducta (DMH) está muy limitada o es imposible con los niños ciegos, los otros procedimientos de educación y condicionamiento en el consultorio se deben enfatizar. Los niños ciegos compensan su defecto aumentando el uso del sentido del oído, del tacto y del olfato. Por lo tanto, los procedimientos deben explicarse cuidadosamente, aumentando las otras percepciones sensoriales. Se debe identificar todos los sonidos y olores nuevos. A estos niños se les debe permitir sentir los objetos nuevos y se les debe dar un nombre, cuando sea posible. De esta manera, la técnica MOSTRAR se lleva a cabo de diferente manera con el niño ciego que con el niño normal.

A los niños ciegos, como a cualquier otro, les gustan los cuentos. Ellos escuchan atentamente, frecuentemente mucho más que los niños normales. (Bowley y Gardner, 1972). El dentista debe tomar ventaja contando cuentos que estimulan la imaginación de los niños ciegos y los distraen durante los procedimientos dentales. (7)

Bowley y Gardner han notado otras características que tienen importancia para los dentistas. Mediante la exploración con sus dedos, los niños ciegos desarrollan una gran sensibilidad táctil. También tienden a permanecer pasivos e inactivos porque el movimiento es obviamente más peligroso y requiere más esfuerzo. Por eso requieren más estimulación para aventurarse en experiencias desconocidas.

La ceguera se puede encontrar en conjunción con otras condiciones como sordera y retraso mental. Ciertas condiciones como atrofia óptica y microftalmos se asocian más a daño cerebral -- que otras como glaucoma y cataratas. La identificación de retardo mental en los niños ciegos requiere cuidado, exámenes especiales y evaluación de expertos. Como en otras condiciones limitantes, la evaluación de la capacidad mental del niño y la comprensión de sus limitaciones intrínsecas es extremadamente importante antes de tratar al paciente. Cuando el retardo o la sordera, se encuentran en conjunto con la ceguera, aún la más primitiva comunicación con el niño afectado puede ser difícil e improductiva. En estos casos, referirlo a un especialista con amplia experiencia en el área de los niños limitados, es muy aconsejable.

Antes de concluir este capítulo, se deben hacer dos observaciones. La primera se refiere a que la odontología es una ciencia y un arte. Sin embargo, al revisar la literatura relacionada a los niños especiales, muy poco se encontró acerca del arte y mucho está escrito sobre los aspectos científicos. Los últimos reportes discutían la sedación y anestesia general para niños limitados.

Pocos escritos se referían a el niño sordo, al ciego, al retardado o al niño con parálisis cerebral como personas. Las discusiones de las más simples técnicas de manejo conductual para estos pacientes especiales son raras, y son las que el dentista necesita conocer para manejar a estos pacientes.

Una segunda observación es que no a todos los dentistas les

gusta tratar a los niños especiales. Para algunos, esta actitud puede relacionarse con el poco tiempo con el que cuentan. El tratamiento de estos niños puede tomar mucho tiempo. Otros pueden argumentar que no los tratan porque ellos reaccionan de diferente forma que los niños normales. Quizá otros dentistas no los atienden por su desconocimiento en esta área.

Hall (1967), afirmó que para tratar a los niños limitados - es necesario tener una experiencia práctica en el manejo de los niños así como conocimiento de las condiciones limitantes. Los dentistas generalmente adquieren experiencia con el manejo de los niños, lo que falta es el conocimiento mayor de las limitaciones. (7)

## B I B L I O G R A F I A

- 7 Feasby, W. H. and Wright, Gerald Z. "The special Child Patient". --  
Behavior Management in Dentistry for Children; W.B. Saunders Co --  
Philadelphia, Chapter Seven Pags 129 - 144 1975.
- 17 Luttmann, Enelda. "Metodo Auditivo" Revista Edición en Español del vol-  
ta Review de la Asociación Alexander G. Bell para sordos. Vol 1, -----  
Abril 1982.
- 19 Nowak, Arthur J. "Odontología para el Paciente Impedido". México Ed. -  
Mundi, 1a Edición, 1979.
- 32 Wessels, Kenneth E. "Dentistry for the Handicapped Patient" Postgraduate  
Dental Handbook. Vol 5 Pags 1 - 18.

## R E S U L T A D O S

1. - La habilidad en el manejo infantil por el odontólogo, está relacionada con el conocimiento del niño.

El desarrollo infantil no es sinónimo de psicología infantil. La psicología infantil, comprende el estudio de la personalidad del niño; y el desarrollo infantil, involucra el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde la concepción hasta la adolescencia.

El desarrollo se puede evaluar por el estudio de funciones motrices como prehensión y marcha, control de esfínteres, adquisición de hábitos de limpieza, y el lenguaje.

El principio científico del estudio del desarrollo infantil, fué el establecimiento de cambios en edades específicas, en el desarrollo normal de habilidades motoras y en el desenvolvimiento anormal de dichas habilidades.

El desarrollo comienza con la concepción y procede mediante ordenada sucesión, etapa por etapa, representando cada una de ellas un grado o nivel de madurez. Es importante señalar que cada niño tiene su ritmo de crecimiento propio, así como su magnitud de desarrollo.

El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma en que se comporta. Comportamiento o conducta son términos que se aplican a todas sus reacciones; sean reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas.

El pilar universal del desarrollo del niño lo erige Arnold Gesell. El dice que el organismo humano es un complicado sistema de acción, y un diagnóstico evolutivo adecuado requiere el examen de cuatro campos de conducta representativa de los diferentes aspectos de crecimiento; estos aspectos los estudia bajo cuatro rubros; Conducta motriz, conducta adaptativa, con

ducta de lenguaje y conducta personal social.

Hay un grupo de teorías del desarrollo infantil que están diseñadas para ofrecer principios explicatorios; pueden ser divididas en tres grandes grupos: (1) Teorías Psicodinámicas, se originaron de la corriente psicoanalista. (2) Teorías del aprendizaje Social, ven el desarrollo infantil a través de periodos secuenciales y ven cada estado como una especialización en determinadas habilidades. Conciben que el niño está motivado por necesidades sociales, tales como ganar el amor de sus padres. (3) Teorías biogénicas, en estas teorías el desarrollo es considerado como un desarrollo pre determinado de eventos biológicos.

El desarrollo humano es multidimensional, las dimensiones primarias del desarrollo infantil pueden ser reducidas a 4 áreas básicas que son: Desarrollo Físico, social, intelectual y de la personalidad.

El desarrollo es en la actualidad multifacético y diversificado, y cada niño de manera individual tiende a ser diferente a otro de su misma edad.

2.- La personalidad es la caracterización o el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de la conducta que exhibe un enfermo da do sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo, es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente a su campo profesional.

Existen diferentes tipos de personalidad básicas e importantes que el clínico debe reconocer. Es esta clase de conocimientos la que contribuye a facilitar la decisión de elegir las técnicas de manejo y tienen mayor posibilidad de obtener éxito en cada paciente.



Uno de los mejores sistemas de clasificación de conducta fué introducido por Frankl. Divide la conducta en cuatro categorías, variando del definitivamente positivo al definitivamente negativo. Este método es comúnmente empleado para la evaluación de la conducta. Su popularidad como instrumento de investigación se ha originado de tres rasgos característicos: Primero, es funcional; segundo, es cuantificable, finalmente es confiable.

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, - desde la concepción hasta el fin de la pubertad.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con adultos responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad.

3.- Es importante que nosotros como profesionistas conozcamos los factores que causan conducta negativa en los niños. En el presente trabajo se han destacado algunas variables que afectan en la conducta dental del niño. Estas variables se dividieron en mayores y menores.

Dentro de las variables mayores tenemos las siguientes:

- Influencia materna sobre la conducta del niño: La influencia materna en el desarrollo mental, físico y emocional del niño, empiezan antes del nacimiento. Aunque el estado psicológico en sí no puede ser transmitido al feto, se cree que este puede ser influenciado por los cambios en el sistema neurohormonal de la madre el cual se transmite a través de la placenta.

- Influencia materna sobre el desarrollo de la personalidad: Varias de las características de un niño, incluyendo su personalidad, conducta y reacciones a las situaciones de stress, son el producto directo de algunas características paternas y especialmente maternas.

- **Ansiiedad materna:** Las determinantes de la conducta de un niño en una situación dental a menudo dependen de las actitudes y experiencias de su familia en relación con la odontología. El problema del temor dental no es específico de la situación dental; más aún está fuertemente unido a la transmisión de actitudes de ansiedad a través de las interacciones del niño con figuras importantes en su medio social.

- **Experiencias médicas:** Las experiencias médicas pasadas pueden ser una fuente crítica de conducta no cooperativa. Los niños con experiencias médicas positivas son más cooperativos con el dentista, por lo tanto cuando se estudian las experiencias médicas de un niño, es la calidad de las visitas lo que realmente interesa. De forma similar la actitud de un niño hacia un médico es de gran importancia; si él ve a un médico favorablemente, entonces es probable que tenga menos aprensión cuando visita a su dentista. Hay algunas similitudes entre el médico y el dentista; ambos son llamados doctores, usan bata blanca, etc. y se ha demostrado que los temores pueden ser transferidos de una situación a otra. Si sufrió dolor durante consultas médicas previas, será otro factor a considerar en la historia médica previa.

Dentro de las variables menores se encontraron las siguientes:

- **Preparación del niño para el dentista:** El contacto con los padres del niño antes de su primera visita al dentista, puede aliviar alguna de sus preocupaciones. Este contacto precedente a la cita debe reducir la ansiedad materna y así, incrementar la posibilidad de una primera visita exitosa.

- **Factores socioculturales:** La relación entre nivel socioeconómico y la conducta cooperativa infantil, indica que mientras mejor se comportan los niños, más alta es su clase socioeconómica. La variable socioeconómica pue

de tener gran relevancia para la salud dental pública y se sugiere que se debe hacer mayor énfasis en los aspectos psicológicos de la educación del paciente, para las clases socioeconómicas más bajas.

- Relaciones entre hermanos: El aprendizaje social considera a los hermanos y compañeros como fuentes potenciales de ansiedad y miedo. El mal comportamiento de un niño pequeño en el consultorio dental puede ser el resultado directo de la influencia de un hermano mayor y darse el fenómeno de conducta contagiosa.

4.- En el presente trabajo se han señalado algunos de los métodos no farmacoterapéuticos más comunmente usados en el manejo de la conducta. Se han descrito técnicas que se han desarrollado en odontología y se han relacionado con la psicología, que es una ciencia que estudia la conducta humana. Así, un acercamiento interdisciplinario se ha propuesto. Existen leyes que gobiernan la conducta humana. La comprensión de estas leyes puede ayudar, teniendo una influencia positiva en la práctica diaria y en las líneas de comunicación dentro del triángulo de tratamiento odontopediátrico.

Se señaló que en cualquier tipo de comunicación existe un transmisor, un medium y un receptor. La comunicación es multisensorial. Se lleva a cabo verbal y no verbalmente y se debe mantener ininterrumpida para que haya una buena relación dentista-paciente. Estos hechos fueron enfatizados puesto que la comunicación es la clave para tener una cálida relación y, más aún, es el ingrediente esencial para un manejo conductual exitoso. Sin embargo, ya que la mayor parte de la comunicación es verbal, tanto el lenguaje como la cualidad de la voz son importantes. Nos debemos dirigir a los niños en su nivel de lenguaje y usar eufemismos. Las técnicas de control en la voz, no sólo ganan la atención del niño, sino que provocan cambios en la conducta.

Las técnicas para el consultorio que fueron descritas incluyeron el -- modelaje de la conducta, que es una técnica de educación para hacer del ni -- ño un paciente relativamente cooperativo y es usada para explicar demostrar y llevar a cabo los procedimientos dentales. El reforzamiento que es una - técnica de modificación de la conducta usada en el niño aprensivo y negati -- vo precondicionado. El condicionamiento aversivo que es la asociación de - un estímulo punitivo con una respuesta indeseable, es un método de modifica -- ción conductual, que puede ser exitosamente usado para ganar la cooperación del niño que demuestra un comportamiento incontrolable. Además se discute -- ron otras técnicas que pueden ser usadas fuera del consultorio dental.

5.- El dentista debe limitarse a unos cuantos fármacos de tal manera - que pueda maximisar su experiencia con estos fármacos y especializarse en - ellos.

Los fármacos no son substitutos del criterio no farmacoterapéutico en el manejo de la conducta. Es decir, los fármacos son auxiliares que pueden ayudar al dentista en el cuidado de los pacientes infantiles más difíciles.

Los odontólogos que no estén familiarizados con el manejo de fármacos, deben estar conscientes de sus limitaciones. Cuando se seleccionan fárma -- cos para la sedación, se deben conocer sus efectos, ventajas y desventajas. Antes de iniciarse un tratamiento, se debe estar completamente consciente - con las demandas de esa modalidad de tratamiento.

Las decisiones concernientes al tipo de droga que será usada y la ruta de elección de administración, quizá sea hecha en base a la conducta coope -- rativa del niño. Los niños pueden ser colocados en las siguientes catego -- rías: a) Niños que necesitan premedicación preventiva, b) Niños que necesi -- tan premedicación para el manejo de su conducta.

El uso de agentes farmacológicos no está restringido a pacientes jove --

nes. También en los mayores se puede llevar a cabo estos procedimientos.

Después de encuadrar al niño dentro de una de las dos categorías: medicación preventiva o de manejo, el fármaco apropiado debe ser seleccionado. La selección está basada en un cuidadoso estudio del dentista sobre la dosis, efectos, efectos colaterales y contraindicaciones de cada droga. Por lo tanto el fármaco y la ruta de administración se adecuan a las necesidades del paciente.

6.- Dos tendencias hacen que el conocimiento y la habilidad en el tratamiento de los niños limitados sean más importantes para el dentista de -- hoy. Una es el incremento en la esperanza de vida de los limitados; otra - es la actitud de mantener a las personas limitadas en comunidades, en vez - de mantenerlas en instituciones. Cuando estas tendencias se llevan a cabo, los dentistas tratarán a mayor número de limitados.

En el presente trabajo se intentó tratar la materia de los niños limitados destacando algunas de las diferencias en sus antecedentes, algunos de los cambios resultantes que ocurren en sus familias y algunas de las variaciones en el tratamiento requeridas por las condiciones limitantes de los - niños. No se intentó detallar las técnicas de manejo o enlistar las múltiples condiciones limitantes. Este capítulo se organizó para mostrar que se debe mirar al niño especial como a cualquier otra persona.

Cada niño es diferente y los rasgos que demuestra son a menudo únicos en su condición. La comprensión de la personalidad del niño especial, de - sus características físicas e intelectuales puede proporcionar claves para el correcto manejo de su conducta. Por esto, el dentista debe de tener --- conocimiento de los antecedentes de su paciente. Se recomendaron varios métodos para obtener esta información, porque el dentista no debe trabajar -- aislado de otros profesionales de la salud.

Se ha hecho notar que muchos niños poseen más de una limitación. Muchos de estos niños con múltiples limitaciones pueden considerarse en el campo de la práctica general. Además, muchas condiciones limitantes se omiten intencionalmente ya que también caen en el área de los especialistas -- por ser consideradas como raras. La información se dirigió a la práctica privada, por considerar que el dentista general debe tener los conocimientos que le permitan proporcionar tratamiento a estos pacientes.

## CONCLUSIONES

En el presente trabajo se pone de manifiesto que es de suma importancia conocer el desarrollo psicológico del niño, con las manifestaciones que presenta en su conducta social, de lenguaje, adaptativa y motriz; para poder establecer si estamos ante un niño normal o con alteraciones en su desarrollo y a su vez esto tiene repercusiones en el manejo de la conducta del niño.

Los diferentes tipos de conducta que puede presentar un niño dentro de la consulta dental, está íntimamente relacionada con la influencia materna, las experiencias médicas negativas, con la preparación que tenga el niño -- por parte de sus padres para la consulta dental, con el nivel socioeconómico, la relación entre hermanos y la información que del medio ambiente pueda recibir con respecto a la atención dental. Esto nos da como resultado que la conducta del niño puede ir desde una conducta definitivamente cooperatoria o en su defecto una conducta definitivamente negativa.

El manejo de la conducta que se aplica en el consultorio dental, está basado en: 1) Técnicas para adquirir, incrementar y mantener conductas apropiadas. 2) Técnicas para reducir y eliminar conductas inapropiadas. Pero para la aplicación de cualquier técnica de manejo de la conducta, debe de ir precedida por un análisis por parte del odontólogo del desarrollo psicológico del niño, de la clasificación de la conducta que presente y qué variables influyen en su comportamiento. Al recabar toda la información necesaria se tendrán bases para el establecimiento de una técnica adecuada del manejo de la conducta de un niño que es un ser biopsicosocial. El éxito de cualquier técnica del manejo de la conducta está basado en la relación dinámica del dentista, el niño y su familia.

Algunos pacientes pediátricos especiales como pueden ser: a) Retardo mental; b) Deficiencias neuromusculares; c) Ciego y d) Sordo, pueden ser -- tratados por el odontólogo de práctica general dependiendo del grado y la -- complejidad de las alteraciones que presenten, del conocimiento que tenga el odontólogo de las alteraciones sistémicas y de la conducta que presentan este tipo de pacientes y de la experiencia que tenga en el manejo de niños.

Otra alternativa que se tiene para auxiliarnos en el manejo de la con\_ ducta de los niños en el consultorio dental, es la premedicación con fáрма\_ cos como pueden ser los psicosedativos. También podemos emplear la seda\_ ción con oxido nitroso. La sedación con fármacos o con gases no es sinóni\_ mo de manejo de la conducta, por lo tanto no es una alternativa de solución, sino una ayuda para establecer el manejo del niño.

Por último se concluye que se debe tratar al niño como un ser biopsico\_ social, con el conocimiento de que cada niño es único y como tal debe ser - tratado.



## PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

- Que el odontólogo de práctica general conozca el desarrollo psicológico del niño, concientizándolo de que es de suma importancia el manejo del niño dentro del consultorio dental, ya que éste tendrá repercusiones tanto positivas como negativas dentro de su conducta en consultas posteriores.

- Que el dentista conozca los tipos de conducta que puede presentar un niño y el porqué de estas conductas.

- Que el odontólogo conozca las variables que van a influir para que se presente determinado tipo de conducta.

- Que el odontólogo domine las técnicas de modificación conductual con las que se cuenta.

- Que el odontólogo de práctica general se familiarice con un número determinado de fármacos, para que los pueda administrar en un momento determinado como ayuda en el manejo de la conducta.

- Que el odontólogo tenga los conocimientos que le permitan proporcionar tratamiento a los pacientes con alguna limitación, además de que lo debe aceptar primeramente como persona y que tiene derecho a ser tratado como tal. Que al ponerse en contacto con el especialista que lo atiende en su limitación, se puede conocer más a fondo su problema y que en muchos casos con una variación ligera en los métodos de modificación conductual se puede lograr un óptimo manejo de estos pacientes.

- Que el odontólogo sea capaz de establecer una comunicación adecuada con el niño y sus familiares, para poder llevar con éxito un tratamiento en el paciente infantil.

## B I B L I O G R A F I A

- 1 Alpern, Gerald D. "Child Development". Behavior Management in Dentistry for Children; W.B. Saunders Co Philadelphia, Chapter two: Pags. - 13 - 52, 1975.
- 2 Bailey, Philip M.; Talbot, Amy and Taylor, Paul P. "A Comparison of -- Maternal Anxiety Levels With Anxiety Levels Manifested in the Child - Dental Patient". Journal of Dentistry for Children; Pags. 25 - 32, --- July - August 1973.
- 3 Bijoy, S. W. y Ribes, I. E. "Modificación de Conducta Problemas y --- Extensiones". México: Ed. trillas, 1972.
- 4 Chambers, David W. "Behavior Management Techniques for Pediatric ---- Dentist an Embarrassment of Riches". J. Dent Child, Vol 44 Pags. 30 - 34, January - February 1977.
- 5 Chambers, David W. "Managing the Anxieties of Young Dental Patiens" -- J. Dent Child, Vol 37: Pags. 363 - 370, September - October 1970.
- 6 Eichenbaum, Irving W. "Triad of Concern", J. Dent Child, Vol 44: Pags. 194 - 201, May - June 1977.
- 7 Feasby W. H. and Wright, Gerald Z. "The Special Child Patient". Beha\_\_\_ vior Management in Dentistry for Children; W.B. Saunders Co Philadelphia Chapter Seven: Pags. 129 - 144, 1975.
- 8 Freud, S. "Three Essays on the Theory of Sexuality". Hogarth Press. -- Londres 1953.

- 9 Gale, Elliot N. and Ayer, Williams. "Treatment of Dental Phobias". J.-A.D.A., Vol 78: Pags. 1304 - 1307, June 1969
- 10 Gardon, D. A. "The use of Modeling and Desensitisation in the Treatment of Phobic Child Patient". J. Dent Child, Vol 41; Pags. 102 - 105, March April 1974.
- 11 Gershen, Jay A. "Maternal Influence on the Behavior Pattern of Children the Dental Situation". J. Dent Child, Vol 43: Pags. 28 - 32, January - February 1976.
- 12 Graig, W. "Hand Over Mouth Technique". J. Dent Child, Vol 38: Pags. -- 387 - 389, November - December 1971.
- 13 Hill, Frederick and O'Mullane, Denis. "A Preventive Programe for the - Dental Management of Frightened Children". J. Dent Child, Vol 43: Pags. 30 - 34, September - October 1976.
- 14 Johnson, Ronald and Machen, Bernard J. "Behavior Modification Technique and Maternal Anxiety". J. Dent Child, Pags. 20 - 24, July - August --- 1973.
- 15 Lenchner, Victor and Wright, Gerald Z. "Nonpharmacotherapeutic Approa\_ \_ches to Behavior Management". Behavior Management in Dentistry for - Children; W.B. Saunders Co Philadelphia, Chapter Five: Pags. 91 - 113, 1975.
- 16 Lenchner, Victor. "The Influence of The Family" Behavior Management in Dentistry for Children; W.B. Sauders Co Philadelphia, Chapter Four: - Pags 73 - 85, 1975

- 17 Luttman, Enelda. "Metodo Auditivo" Revista Edición en Español del ----  
Volta Review de la Asociación Alexander G. Bell para Sordos. Vol 1 --  
April 1982.
- 18 Mc Carthy, Frank M. "Emergencias en Odontologfa". Ed. El Ateneo 2a. --  
Edición.
- 19 Nowak, Arthur J. "Odontologfa para el Paciente Impedido". México: Ed,  
Mundi, 1a. Edición, 1979.
- 20 Parés, V. Gustavo, Fragoso Antonio, Hoffmann Spencer, Rojas Ma. Eugenia,  
Rivera Beatriz, Mendoza Eduardo. "Taller de Manejo de la Conducta del -  
Niño dentro del Consultorio Dental". Instituto Nacional de Salud Mental  
Noviembre 1981.
- 21 Paterson, John R.; Pinkham, Jimmy R.; Willard, Derek H.; Kerber, Paul  
E. "Facial Expressions and Their Significance in Pedodontics". - - - -  
Pediatric Dentistry. Vol No. 2, Pags. 97 - 104, January 1980.
- 22 Portilla M. Mario, Avalos L. José Luis. "Curso de Actualización en --  
Salud Escolar". Centro de Educación para la Salud Escolar. Junio 1982.
- 23 Ripa, Louis W. "Management of Dental Behavior in Children". P.S.G. ---  
Publishing Company; Massachusetts, 1979.
- 24 Ripa, Louis R.; Barenic, James A. "Management of Dental Behavior in --  
Children". Postgraduate Dental Handbook P.S.G. Publishing Company - -  
Littelon, Massachusetts.
- 25 Rosemberg, Howard M. "Modification for the Child Dental Patient". J. -  
Dental Child, Vol 41 Pags. 31 - 34, March - April 1974.

- 26 Sallow, J. N. and Jones Janet. "The Effect of Enviroment a Child's - - Reaction to Dentistry". J. Dent Child, Vol 42 Pags. 42 - 44, July - -- August 1975.
- 27 Shawder, Keneth D. Handbook of Clinical Pedodontics. The C.V. Mosby -- Company 1980.
- 28 Stuebner, Elaine A. "Anestesia y Analgesia". Clínicas Odontológicas de Norteamerica. Abril 1973.
- 29 Sawtell, R. Simon J. R. "The Effects of Five Preoperator Methods Upon Child Behavior During the First Dental Visit". Journal Dental for --- Child, Vol 41: Pags 367 - 375, September - October 1974.
- 30 Sinney, B. Finn. "Odontologfa Pediatrica" 4a. Ed. Editorial Inter\_\_\_\_ americana; México 1977.
- 31 Watson, H. Ernest and Lowrey, H. George. "Growth and Development of - Children". Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, Illinois 1971.
- 32 Wessels, Kenneth E. "Dentistry for the Handicapped Patient". Post\_\_\_\_ graduate Dental Handbook. Vol 5, Pags. 1 - 18.
- 33 Wright, Gerald Z. "Behavior Management in Dentistry for Children" - - W.B. Sauders Co Philadelphia. Chapter Three. Pags. 55 - 72, 1975.
- 34 Wright, Gerald Z. "Pharmacotherapeutic Approaches to Behavior Manage\_\_\_\_ ment". Behavior Management in Dentistry for Children, W.B. Saunders . - Co Philadelphia, Chapter Eight. Pags. 146 - 175, 1975.
- 35 Wright, Gerald, Alpern, Gerald and leake James. "The Modificability of Maternal Anxiety as it Relates to Children's Cooperative Dental -

Behavior". J. Dent Child, Vol 41, Pags. 13 - 18 July - August 1973.

- 36 Wright, Gerald Z. and Alpern Gerald D. "Variables Influencing - - - -  
Children's Cooperative Behavior at the First Dental Visit". Journal -  
of Dentistry for Children, Pags. 60 - 64, March - April 1971.